PLAN D'ACTION RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DE L'ESTRIE

2004-2007

Cahier 1 — Périnatalité et petite enfance

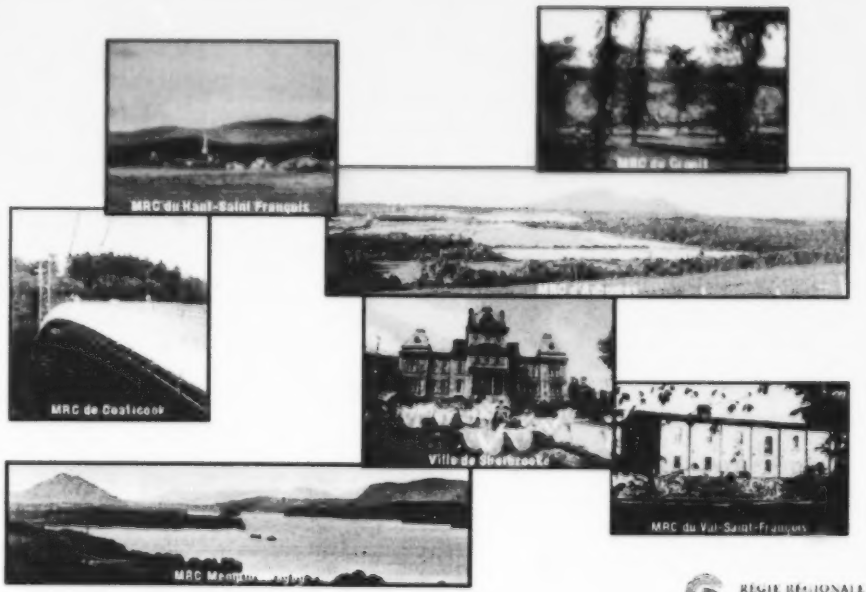
Cahier 2 — 5 - 11 ans

Cahier 3 — 12 - 17 ans

Cahier 4 — Adultes

Cahier 5 — Personnes âgées

Cahier 6 — Toute la population



RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE

DIRECTION

Le « Plan d'action régional de santé publique de l'Estrie 2004-2007 - Cahier 2 » a été élaboré sous la direction de :

Ginette Dorval, M.D., directrice, Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie
Francine Boulanger, chef de service, Service santé au travail
Aline Émond, chef de service, Service soutien méthodologique et évaluation
Lynda Périgny, chef de service, Service promotion/prévention de la santé
Reno Proulx, M.D., chef de service, Service protection de la santé publique

Coordination des travaux

Aline Émond, chef de service, Service soutien méthodologique et évaluation

Secrétariat

Mireille Ara, secrétaire, Service promotion/prévention de la santé
France Paquet, secrétaire, Service soutien méthodologique et évaluation

Conception graphique

Bernard Bilodeau, technicien en communication, Service des communications

De nombreuses personnes ont contribué à l'élaboration
du « Plan d'action régional de santé publique de l'Estrie 2004-2007 - Cahier 2 ».
La liste de ces personnes est présentée à la fin du document.

Dépôt légal : 4e trimestre

Bibliothèque nationale du Québec, 2003
Bibliothèque nationale du Canada, 2003

ISBN : 2-921776-25-1

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée,
à condition que la source soit mentionnée.

Table des matières

Page

Introduction 1

Domaine 1 - Développement, adaptation et intégration sociale

Présentation 5
Fiche 2.1.1 École en santé 7
Fiche 2.1.2 Développement des communautés et actions intersectorielles 15

Domaine 2 - Habitudes de vie et maladies chroniques

Présentation 19
Fiche 2.2.1 Santé dentaire 21
Fiche 2.2.2 Activité physique 25
Fiche 2.2.3 École en santé 29
Fiche 2.2.4 Développement des communautés et actions intersectorielles 37

Domaine 4 - Maladies infectieuses

Présentation 41
Fiche 2.4.1 Diphtérie, poliomyélite et tétanos 43
Fiche 2.4.2 Rougeole, rubéole et oreillons 47
Fiche 2.4.3 Infections invasives à méningocoque de sérogroupe C 51
Fiche 2.4.4 Hépatite B 55
Fiche 2.4.5 Varicelle 59

Domaine 5 - Santé environnementale

Présentation 63
Fiche 2.5.1 Cancers de la peau 65

Références 67

Annexes

Annexe A : Concept « École en santé » 71
Annexe B : PRATIC-05 73
Annexe C : Programme « Fluppy » préscolaire 75
Annexe D : Éléments de programmation en activité physique 77
Annexe E : Passeport santé 79
Annexe F : Vers des écoles sans fumée 81

Liste des collaborateurs et collaboratrices 83

Introduction

Les problèmes émotionnels et comportementaux ainsi que les difficultés d'apprentissage affectent presque le quart des enfants[1]. Ces enfants qui manifestent des troubles de conduite ou un comportement antisocial risquent de présenter des taux supérieurs de comportement criminel, de toxicomanie et de difficultés psychologiques pendant l'adolescence et la vie adulte.

À l'école, les troubles d'apprentissage semblent les plus fréquents au début du primaire. Ces troubles amènent trop souvent des problèmes scolaires et de comportement. Ces troubles présentent des différences marquées entre les garçons et les filles ainsi qu'entre les groupes de revenus différents. L'hyperactivité est principalement marquée chez les garçons et, on assiste à plus de redoublements de l'année scolaire, à une déficience dans les relations sociales et des manifestions d'un ou plusieurs problèmes psychosociaux chez les plus pauvres.

Des actions de santé intersectorielles et des stratégies d'interventions qui impliquent la communauté peuvent favoriser la participation des enfants à la vie active et à l'adoption de saines habitudes de vie. Ces apprentissages leur permettront de se développer de façon saine sur les plans émotif, physique et social.

Des études ont démontré que la participation active des enfants à des activités qui développent des habilités comme le sport, la musique, le théâtre et à des activités dans la communauté comme les clubs de sport ou les scouts, offre un potentiel d'équilibre qui peut apporter une protection importante permettant de diminuer le taux de décrochage scolaire et le nombre de problèmes émotionnels et comportementaux.

---

[1] Peggy EDWARDS, *Favoriser le développement des connaissances sur la santé et le bien-être des enfants au Canada*, Centre d'excellence pour le bien-être des enfants, Santé Canada, Ottawa, 1999.

Domaine 1
Développement, adaptation et intégration sociale

106-03300/

Présentation du domaine développement, adaptation et intégration sociale

Ce domaine regroupe un ensemble d'activités à mettre en œuvre afin de réduire ou d'éviter certains problèmes psychosociaux et de santé pouvant affecter les enfants.

En effet, plusieurs problèmes continuent d'affecter ou de menacer le développement, l'adaptation et l'intégration sociale de cette clientèle. On pense, ici, aux troubles de conduite, la violence physique et psychologique, l'agression sexuelle, l'échec scolaire, le stress, etc.

Les problèmes liés au développement et à l'adaptation sociale des enfants sont souvent le résultat du cumul et de l'interaction d'un ensemble de déterminants et de facteurs de risque.

Cette section présente des activités de santé publique à déployer dans le principal milieu de vie des enfants soit, l'école, en agissant principalement sur les déterminants et facteurs de risque associés à certains problèmes psychosociaux et de santé.

De plus, des activités au niveau du développement des communautés et des actions intersectorielles visant, notamment, la qualité de vie des enfants, complètent cette section.

CLIENTÈLE : 5-11 ans **2.1.1**

DOMAINE : Développement, adaptation et intégration sociale

OBJECTIFS :

D'ici 2012 :

- **Réduire les problèmes d'abus physique et psychologique, d'agression sexuelle et de négligence à l'endroit des enfants.**
- **Réduire les troubles des conduites, incluant la violence envers les autres et la délinquance chez les enfants.**
- **Augmenter la proportion de personnes de tous âges, en bonne santé mentale.**
- **Réduire le nombre de tentatives et le nombre de suicides.**

ÉTAT DE SITUATION :

La négligence, les abus physique et psychologique

En Estrie, pour les années 1999-2002, la Direction de protection de la jeunesse a retenu 796 signalements chez les enfants de 6 à 11 ans. De ce nombre :

- 409 l'ont été pour des raisons de négligence, donc 50 % des signalements retenus, soit une moyenne annuelle de 136 cas.
- une moyenne annuelle de 20 % sont des abus physiques, soit une moyenne de 52 cas par année.
- 292 des signalements représentaient des faits fondés après enquête, la sécurité et le développement de ces enfants étant compromis. Parmi ces 292 signalements, la négligence comptait pour 63,4 % des situations, soit l'équivalent de 185 cas dont une moyenne de 62 cas annuellement. Les abus physiques représentaient 9,6 %, soit une moyenne de 6 cas par année.

Les conséquences chez les victimes sont nombreuses : blessures, retards de croissance et de développement, troubles des conduites, délinquance, toxicomanies et autres problèmes de violence à l'âge adulte, notamment la violence conjugale. Par ailleurs, bon nombre d'enfants exposés à la violence conjugale, en plus de présenter de multiples problèmes psychosociaux et de santé, courent un plus grand risque d'être victimes de mauvais traitements, voire de développer des comportements violents, en raison des modèles de comportements inappropriés auxquels ils sont exposés.

On estime que plusieurs enfants sont victimes d'abus physique et psychologique, d'agression sexuelle ou de négligence. Les données de la Direction de protection de la jeunesse et de la police ne permettent pas d'évaluer l'ampleur réelle de ces problèmes.

Les agressions sexuelles

Les principales données sur les agressions sexuelles proviennent de l'application de la Loi de la protection de la jeunesse. Chez les jeunes 6-11 ans, le Centre jeunesse de l'Estrie retenait 83 signalements pour la période 1999-2002. Ceci représentait l'équivalent de 10,4 % de l'ensemble des signalements retenus, c'est-à-dire une moyenne annuelle de 28 signalements. Au niveau des 292 signalements fondés et où la sécurité et le développement de l'enfant étaient compromis, environ 6,2 % (soit 6 cas) de ces signalements concernaient les agressions sexuelles. Rappelons que les agressions sexuelles entraînent des conséquences très lourdes sur les plans social et individuel et que les victimes doivent obtenir rapidement les soins médicaux, examens physiques et l'aide psychosociale appropriés.

La violence et la victimisation

Près des deux tiers des enfants de 9 ans déclarent avoir été victimes de violence à l'école ou sur le chemin de l'école[1]. On estime qu'un jeune sur dix, à 9 ans, a été victime de taxage au cours d'une année scolaire.

Les troubles du comportement

Au Québec, nous ne possédons pas de données populationnelles sur la prévalence des troubles de comportement. Cependant, certaines études auprès de populations spécifiques nous indiquent l'importance de la problématique. Ainsi, parmi les enfants de 6-11 ans (moyenne de 9 ans) inscrits à la prise en charge dans 4 centres jeunesse, plus de la moitié présente des troubles de comportement et des troubles mentaux[2].

Par ailleurs de façon générale, les troubles des conduites, incluant la violence envers les autres, constituent un problème important qu'éprouvent les enfants et les adolescents – entre 6 % et 16 % des garçons et de 2 % à 9 % des filles – en seraient affectés ; ces troubles handicapent sérieusement le développement des jeunes et ont des conséquences importantes sur la famille et les différents milieux de vie de ces jeunes. Les troubles des conduites, en particulier l'agressivité persistante en bas âge, constitueraient un facteur de risque de la délinquance. La délinquance, si elle est persistante, amène le jeune à vivre des difficultés d'intégration sociale qui se poursuivent souvent à l'âge adulte.

En Estrie, au cours des années 1999-2002, chez les 6-11 ans :

- 16,8 % (134) des signalements retenus étaient attribués aux troubles de comportement, soit une moyenne de 45 signalements par année.
- Sur les 292 signalements dont les faits étaient fondés, 18,8 % étaient reliés aux troubles de comportement, soit une moyenne de 18 par année.

Les problèmes de santé mentale et le suicide

Environ 25 % des jeunes de 9 ans ont un niveau élevé de troubles émotifs. Les idées suicidaires apparaissent très tôt, même dès l'âge de 9 ans et le suicide est de plus en plus fréquent chez les jeunes âgés de 10 à 14 ans.

Effets et interrelations des différents facteurs de risque et déterminants

Les problèmes liés au développement et à l'adaptation sociale des enfants et des adolescents sont souvent le résultat du cumul et de l'interaction d'un ensemble de déterminants et de facteurs de risque. Ainsi, des conditions telles que la pauvreté, le chômage, l'isolement social, la violence conjugale et le manque d'habiletés parentales viennent s'ajouter aux facteurs qui menacent le développement de l'enfant et sont souvent associées à l'apparition des situations d'abus ou des troubles des conduites. De leur côté, les facteurs de risque associés aux tentatives de suicide chez les jeunes ont trait notamment à la dysfonction familiale, à une histoire d'abus physique ou sexuel, à des fugues antérieures, à certains événements stressants de la vie, à une faible estime de soi et à des problèmes de santé mentale, dont la dépression. L'accès facile aux moyens de se suicider augmenterait également le risque de passer à l'acte.

Les activités de prévention des problèmes d'adaptation sociale auprès des 5-11 ans en Estrie

Au cours des cinq dernières années, la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie et ses partenaires ont investi beaucoup de ressources pour la prévention des problèmes d'adaptation et d'intégration sociale chez les 0-5 ans. Cependant, à l'exception de la prévention de la toxicomanie, elle est intervenue très partiellement auprès de la clientèle des 5-11 ans dans le cadre du Programme régional de prévention de la santé mentale afin de prévenir certains problèmes d'adaptation sociale.

En relation avec la prévention de la consommation de drogue et d'alcool, la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie a procédé, en juin 2002, à la révision de son Programme de prévention de la toxicomanie chez les jeunes (Pratic-05) afin de renforcer le rôle des CLSC comme mandataires de la prévention de la toxicomanie et de permettre un arrimage avec d'autres programmes préventifs ou d'intervention précoce. De plus, pour faire face à la précocité des expérimentations, à l'augmentation des risques, et à l'aggravation des situations, la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie souhaite donc augmenter l'intervention en milieu scolaire, chez les 9-11ans, dans une perspective de prévention primaire dans le but de retarder l'âge des premières expérimentations.

Pour contrer la violence en milieu scolaire, plusieurs mesures ont été mises en place par les commissions scolaires de l'Estrie au cours des dernières années. Par exemple les programmes *Vers le pacifique* et la *Conciliation pour mieux s'entendre* s'adressaient spécifiquement à cette problématique. Dans la prochaine année, les commissions scolaires doivent établir ou encore consolider un plan d'action pour faire face à la problématique de taxage et de l'intimidation en milieu scolaire. Enfin, une recherche-action liée à la problématique de l'agression indirecte chez les filles a présentement cours dans la région. Cette démarche, issue d'un processus de collaboration entre les commissions scolaires, certaines écoles de la région, l'Université de Sherbrooke et la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie vise à élaborer un programme de sensibilisation et éventuellement d'intervention à l'intention des intervenants du milieu scolaire en matière d'agression indirecte.

En lien avec les objectifs de prévention en santé mentale, le Programme régional de prévention de la santé mentale réalisé de 1997 à 2002 a permis aux CLSC de l'Estrie d'initier et de réintroduire quelques activités préventives dans le milieu scolaire et ce, particulièrement auprès des jeunes vulnérables. Les recommandations issues de l'évaluation de ce programme indiquent qu'il est préférable d'agir encore plus en amont, soit dès l'entrée des enfants à la maternelle et qu'il s'avère essentiel d'appliquer un programme de nature multimodale (qui rejoint à la fois l'enfant, sa famille et son milieu) afin d'intervenir sur l'ensemble des déterminants et facteurs de risque affectant le développement des enfants vulnérables de 6 -11 ans et ce, dans leurs principaux milieux de vie.

Finalement, quelques efforts particuliers issus de stratégies nationales en rapport avec des problématiques spécifiques (ex. : Stratégie nationale de prévention du suicide et Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels) ont été réalisés en Estrie.

En conformité avec les orientations préconisées dans le Programme national de santé publique et afin d'intervenir simultanément sur plusieurs déterminants et facteurs de risque, il sera nécessaire d'élaborer et d'implanter en collaboration avec le réseau de l'éducation et les autres partenaires communautaires, une intervention globale et concertée visant la promotion de la santé et le bien-être des enfants ainsi que la prévention d'un ensemble de problèmes de santé prioritaires. Le concept « École en santé » (Annexe A) est donc retenu. Cette mesure visera à rejoindre les enfants dans leurs principaux milieux de vie, soit à l'école et dans leur famille tout en tenant compte de l'ensemble des environnements dans lesquels ils évoluent.

Les principaux thèmes à considérer dans le volet développement, adaptation et intégration sociale d'« École en santé » sont :

- Les comportements pacifiques ;
- Les rapports égalitaires ;
- La santé sexuelle ;
- La prévention de la toxicomanie ;
- La prévention des agressions sexuelles ;
- La prévention du suicide.

Les activités prévues en milieu scolaire dans le cadre du Programme de prévention de la toxicomanie (PRATIC-05) (Annexe B) devront, au cours des prochaines années, être intégrées à la programmation « École en santé » dans les écoles ciblées.

Par ailleurs, certains programmes de prévention ciblés seront aussi déployés afin de contrer des problématiques prioritaires. Ainsi, le programme « Fluppy » (Annexe C) sera implanté dès septembre 2003. Il vise principalement à réduire les troubles de comportements et certains problèmes d'adaptation sociale chez les enfants.

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Élaboration et implantation, en collaboration avec le réseau de l'éducation et les autres partenaires communautaires, d'une intervention globale, concertée de type « École en santé », pour promouvoir la santé et le bien-être des enfants et des adolescents et pour prévenir différents problèmes d'adaptation sociale						
• Réalisation dans 50 % d'écoles primaires d'une programmation de type « École en santé ». Cinq stratégies devront être utilisées dans les écoles visées : 1. Activités d'information-sensibilisation. 2. Application de politiques, de lois et de règlements (ex. : code de vie à l'école). 3. Activités d'aménagement du milieu. 4. Activités de développement des compétences. 5. Activités de promotion et de soutien des pratiques cliniques préventives. **Les thèmes à considérer dans les activités à déployer, pour ce domaine, sont les comportements pacifiques, l'estime de soi, les rapports égalitaires, la sexualité ainsi que la prévention de la violence, les agressions sexuelles, le suicide et la toxicomanie**.	Nombre d'écoles primaires rejointes par les CLSC ayant mis en place une programmation du type « École en santé » concernant la prévention des problématiques d'adaptation et d'intégration sociale. Nombre d'enfants rejoints. Nombre de parents rejoints. Nombre de rencontres de parents.	X	→	→	**Local**	

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Processus régional d'implantation.						
• Formation d'un comité régional MSSS-MEQ (axe promotion-prévention) tel que prévu dans l'Entente de complémentarité MSSS-MEQ.	Comité formé. Nombre de rencontres régionales.	X	→	→	**Régional**	67 500 $ 1 ETC (agent de planification et de programmation sociosanitaire)[1]
• Élaboration d'un cadre de référence régional sur l'approche de type « École en santé » harmonisé au modèle national.	Cadre de référence régional élaboré.	X			**Régional**	
• Identification des critères de priorisation des écoles primaires ciblées.	Critères de priorisation définis.	X			**Régional**	
• Soutien et suivi des programmations de type « École en santé ».	Analyse des bilans locaux.			X	**Régional**	
Processus local d'implantation.						
• Choix des écoles ciblées par les instances locales (commissions scolaires, CLSC, autres partenaires).	Liste d'écoles ciblées.		X	→	**Local**	810 000 $ 12 ETC (int. psychosociaux) 249 375 $[2] (soutien pour les écoles ciblées) 10 000 $ (formation)
• Engagement des milieux scolaires ciblés à développer une approche de type « École en santé ».	Nombre d'ententes convenues entre écoles, commissions scolaires et CLSC.		X	→	**Local**	
• Choix d'activités prioritaires en lien avec les problématiques identifiées dans le PNSP et identification des stratégies ou moyens pour atteindre les objectifs visés.	Activités et stratégies utilisées convenues. Comité école mis en place.		X	→	**Local**	
• Déploiement des activités dans l'école et dans la communauté.	Nombre et type d'activités réalisées à l'école et dans la communauté.		X	→	**Local**	
• Réalisation d'un bilan annuel et ajustements.	Bilans locaux réalisés et diffusés et ajustements apportés.		X	→	**Local**	

[1] Une seule ressource régionale sera responsable du déploiement d'« École en santé » au primaire (volet Habitudes de vie et maladies chroniques, volet Développement, adaptation et intégration sociale inclus).

[2] Budget servant aussi pour le programme « École en santé » dans le domaine Habitudes de vie et maladies chroniques dans les écoles primaires.

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Intervention visant le développement des habiletés sociales des enfants (*Programme expérimental de Montréal - Fluppy*) dans les milieux scolaires défavorisés						
• Entente de complémentarité MSSS-MEQ (axe promotion-prévention) à convenir concernant les services préventifs en milieu scolaire.	Adoption de l'offre de services par les 2 réseaux.	X	→		**Régional**	
• Rencontres avec les commissions scolaires et rencontre des directeurs d'écoles primaires.	Nombre de commissions scolaires rencontrées. Nombre de directeurs rencontrés.		→		**Régional**	
• Diffusion des conditions de réussite, des composantes et critères d'efficacité du programme (annuellement).	Application de toutes les composantes du programme (via le suivi de gestion prévu).			→	**Régional**	
• Soutien aux CLSC pour l'implantation du Programme « Fluppy » dans les milieux scolaires primaires défavorisés : ➢ Présentation du processus d'implantation du programme aux établissements de chacune des MRC.	Nombre de CLSC rejoints.	→			**Régional**	
➢ Mise en place d'un groupe de travail régional pour assurer l'implantation et le suivi du programme.	Groupe de travail implanté. Nombre de rencontres du groupe de travail.	X	→	→	**Régional**	
➢ Planification des activités de formation, de mise à jour.	Nombre d'activités planifiées.		→	→	**Régional**	
➢ Organisation de la formation avec le CPEQ (annuellement).	Nombre de journées de formation tenues. Nombre de participants.		→	→	**Régional**	

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
• Implantation graduelle du Programme « Fluppy » dans + ou – 85 écoles et dans 110 classes de maternelle : ➢ En 2003-2004, implantation dans + ou – 28 écoles ciblées et 48 classes de maternelle potentielles.	Proportion des écoles où le programme s'est réalisé. Nombre de classes de maternelle rejointes. Nombre d'ateliers pour chaque classe de maternelle. Nombre d'enfants rejoints dans chaque classe de maternelle. Proportion d'enfants dont le suivi à domicile s'est réalisé.	→	→	→	**Local**	422 000 $/an (déjà alloués)
➢ Pour 2004-2007, implantation du programme dans 57 écoles et 62 classes de maternelle supplémentaires.	Nombre de visites à domicile par enfant. Proportion de parents ayant bénéficié des visites à domicile. Nombre et description d'activités complémentaires aux activités. essentielles du programme.		X	→	**Local**	320 000 $ 4,8 ETC (psychoéducateurs) 15 000 $ (formation – matériel)
• Suivi de gestion et ajustements.	Reddition de compte déposée	→	→	→	**Régional**	

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

Pour l'intervention globale et intégrée de type « École en santé » :

Formation en 2004-2005 des dirigeants et personnel scolaire et des CLSC sur le concept d'école en santé et sur la programmation intégrée en milieu scolaire avec le guide sur l'implantation « École en santé » réalisé conjointement par le ministère de l'Éducation du Québec et le MSSS. Aussi en fonction de chaque MRC, les besoins de formation seront à préciser selon les problématiques prioritaires choisies.

Pour le programme Fluppy

Un programme de formation annuel est à prévoir avec le Centre de psychoéducation du Québec et la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie. La formation sera offerte aux intervenants des CLSC et aux intervenants des milieux scolaires participant au déploiement du Programme « Fluppy ». Des mises à jour devront aussi être prévues régulièrement de même que des mécanismes de supervision.

CLIENTÈLE : 5-11 ans **2.1.2**

DOMAINE : Développement, adaptation et intégration sociale

STRATÉGIES : Développement des communautés et actions intersectorielles

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
• Développement d'actions intersectorielles visant à soutenir l'implantation du programme « École en santé » dans chacune des écoles ciblées selon le cadre de référence régional : ➢ Collaboration à la promotion du programme et sensibilisation de tous les acteurs concernés en vue de favoriser leur engagement et leur appropriation à l'égard du programme « École en santé ».	Nombre d'activités intersectorielles développées.		X	→	**Local**	405 000 $[1] 6 ETC (interv. com.)
➢ Mobilisation et concertation du milieu, des parents et de la communauté.						
➢ Support à la réalisation des activités priorisées dans chacune des écoles, principalement au niveau des activités d'aménagements de milieu.						

[1] Budget servant aussi pour le développement des communautés dans le domaine Habitudes de vie et maladies chroniques, « École en santé », 5-11 ans.

Domaine 2
Habitudes de vie et maladies chroniques

Présentation du domaine des habitudes de vie et maladies chroniques

Ce domaine s'adresse à plusieurs clientèles et vise à réduire certaines maladies chroniques telles que les maladies cardiovasculaires, les cancers, le diabète, l'asthme, l'obésité ainsi que les maladies buccodentaires et leurs déterminants.

Pour les enfants de 5-11 ans, cette section identifie des activités à déployer au niveau de la santé buccodentaire, de la promotion de l'activité physique ainsi que la mise en place, en collaboration avec le réseau de l'éducation, d'une programmation d'activités globales et concertées pour promouvoir la santé et le bien-être des enfants en agissant notamment sur les saines habitudes de vie.

De plus, des activités au niveau du développement des communautés et des actions intersectorielles visant, notamment, la qualité de vie des enfants, complètent cette section.

CLIENTÈLE : 5-11 ans

2.2.1

DOMAINE : Habitudes de vie et maladies chroniques

OBJECTIFS :

D'ici 2012 :

- **Réduire de 40 % le nombre moyen de faces dentaires cariées, absentes ou obturées chez les jeunes de moins de 18 ans.**
- **Améliorer les habitudes de vie relatives à l'hygiène buccodentaire dans tous les groupes d'âge.**

ÉTAT DE SITUATION :

La carie dentaire est d'abord et avant tout une maladie infectieuse chronique, localisée, progressive, transmissible et, plus souvent qu'autrement, incurable. La restauration souvent coûteuse des lésions carieuses permet de ralentir la progression de la maladie, mais n'empêche pas son évolution.

La carie dentaire affecte la quasi totalité de la population. La carie dentaire est la maladie chronique la plus fréquente chez les enfants. En 1998-1999, 56 % des enfants québécois de 2e année étaient affectés par la carie en dentition primaire. Cette proportion était de 52 % en Estrie. Auprès des élèves de 2e année, l'indice de faces de dents cariées absentes ou obturées (caof) de la dentition primaire était de 5,5 en Estrie et de 5,8 au Québec. En 1996-1997, l'indice de faces de dents cariées absentes ou obturées (CAOF) de la dentition permanente en 6e année était de 2,9 en Estrie et de 3,1 au Québec.

La carie dentaire peut avoir des conséquences physiologiques, psychologiques ou sociales considérables. Elle est une des maladies les plus coûteuses au Canada ; les coûts directs se situent en deuxième position après les maladies cardiovasculaires[3].

La carie dentaire est étroitement liée à la disponibilité des fluorures, aux comportements alimentaires, aux comportements d'hygiène buccale et à l'utilisation des services. On retrouve toujours la majorité de la carie observée chez les populations les plus démunies. Au Québec, la prévalence de la carie est 9 fois plus élevée chez les enfants les plus vulnérables ; ce groupe étant composé de 25 % de l'ensemble des enfants.

On possède des données suffisantes attestant de l'efficacité (en termes d'effet sur la diminution de la carie dentaire) des mesures de prévention suivantes : la fluoruration de l'eau de consommation, l'usage des suppléments de fluorure et l'usage des dentifrices fluorurés (pour l'ensemble de la population) et les applications topiques de fluorure et l'application sélective d'agents de scellement des puits et fissures (pour les sujets à risque élevé de carie dentaire).

L'usage de suppléments de fluorure et des dentifrices fluorurés sont peu coûteux et très bien acceptés. Puisqu'il est possible d'identifier facilement les enfants à risque élevé de carie dentaire, les applications topiques de fluorure et l'application des agents de scellement sont des mesures dont l'efficacité et la mise en œuvre sont à privilégier.

L'usage adéquat des suppléments et des dentifrices fluorurés par l'ensemble de la population est perfectible. Le Programme public provincial de services dentaires préventifs (PPSDP), appliqué par tous les CLSC de l'Estrie, cible les enfants de 0 à 12 ans. Il permet, actuellement, de rejoindre principalement les enfants de maternelle à la troisième année. Le critère provincial de classification des enfants à risque élevé de carie permet d'identifier, à la maternelle, les enfants à risque élevé de carie dentaire et de leur offrir un suivi préventif individualisé incluant deux applications topiques de fluorures pour une période de quatre ans.

Le manque de ressources a limité les interventions auprès des 5-11 ans. Les agents de scellement sont peu accessibles aux enfants à risque de carie et aux enfants provenant de familles socio-économiquement défavorisées. Les CLSC de la région de l'Estrie ont intégré partiellement au Programme public provincial de services dentaires préventifs l'application des agents de scellement en milieu scolaire. Concernant les services dentaires dispensés en cabinet privé, les services curatifs sont assurés par la Régie d'assurance maladie du Québec, mais ce n'est pas le cas pour les services dentaires préventifs (ex. : application topique de fluorure, scellants, nettoyage) pour les enfants de moins de 12 ans.

Les interventions proposées ont la possibilité de rejoindre les individus à risque élevé de carie dentaire et ainsi, réduire les inégalités. Ces interventions ont un rapport coût/efficacité plus qu'intéressant. L'utilisation des agents de scellement et l'application de fluorures topiques auprès des individus à risque de carie dentaire améliorent grandement le rapport coût/efficacité.

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives						
• Counselling concernant les habitudes alimentaires, l'utilisation de fluorure, soit en se brossant les dents ou en prenant des suppléments fluorurés. ➢ Adaptation et diffusion d'outils d'information et de soutien aux pratiques cliniques préventives concernant la santé buccodentaire.	Nombre d'outils de promotion distribués dans les milieux ciblés.	X	→	→	**Régional**	2 000 $[1]
➢ Programme de distribution de suppléments fluorurés afin de rejoindre 15 % des enfants de 5 à 11 ans.	Nombre d'enfants participants.		X	→	**Local**	60 000 $ (achat Fluor)
• Suivi préventif individualisé en milieu scolaire afin que les enfants de la maternelle à la 3e année qui satisfont aux critères concernant le risque de carie dentaire bénéficient de deux applications topiques de fluorure par année et des activités d'éducation à la santé.	Proportion (cible : 90 %) des enfants à risque élevé de carie dentaire ayant bénéficié de deux applications topiques de fluorures. Proportion (cible : 90 %) des enfants à risque élevé de carie dentaire ayant bénéficié d'activités d'éducation à la santé.	→	→	→	**Local**	Budget régulier
• Application d'agents de scellement dentaire afin que les enfants de 5 à 15 ans qui satisfont aux critères concernant le risque de carie dentaire reçoivent des agents de scellement sur les faces des molaires permanentes présentant des fosses et sillons.	Proportion (cible : 90 %) d'enfants de 2e année à risque de carie dentaire ayant bénéficié d'agents de scellement.	X	→	→	**Local**	189 000 $ 4 ETC (hyg. dentaire)

[1] Budget servant aussi aux 12-17 ans – Habitudes de vies et maladies chroniques – santé dentaire.

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

- Formation des nouveaux intervenants en santé dentaire publique des CLSC sur les différents éléments du Programme public de services dentaires préventifs nécessaires à sa réalisation, à l'aide du cahier de formation des hygiénistes dentaires élaboré par le MSSS.

- Sensibilisation et formation des intervenants sur les différentes stratégies de prévention des problèmes buccodentaires, de façon périodique, en fonction des besoins et des nouvelles connaissances.

- Soutien aux intervenants en santé buccodentaire des CLSC, pour les différentes activités du Programme public de services dentaires préventifs : mise à jour des connaissances, formation, information, échange et partage d'expériences (3 à 4 rencontres annuelles) et supervision d'activités cliniques en fonction des besoins.

CLIENTÈLE : 5-11 ans **2.2.2**

DOMAINE : Habitudes de vie et maladies chroniques

OBJECTIF : D'ici 2012, augmenter la pratique régulière de l'activité physique chez les jeunes de moins de 15 ans.

ÉTAT DE SITUATION :

Parmi les habitudes de vie communes aux principales maladies chroniques, la sédentarité, avec le tabagisme et les mauvaises habitudes alimentaires, sont considérés comme les premières causes directes de mortalité. Les jeunes d'âge scolaire sont aujourd'hui environ 40 % moins actifs qu'ils ne l'étaient il y a trente ans. Un mode de vie sédentaire est associé à l'apparition de facteurs de risque (surpoids, obésité, tension artérielle, cholestérol élevé, densité osseuse plus faible) qui favorisent, à l'âge adulte, le développement de maladies chroniques telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète non insulino-dépendant, l'ostéoporose et le cancer du côlon.

La pratique régulière d'activités physiques durant l'enfance et l'adolescence est liée au développement et au maintien d'un mode de vie physiquement actif. À l'inverse, un mode de vie sédentaire ou peu actif au cours de cette période rendra plus difficile l'adoption de ce comportement à l'âge adulte.

Au printemps 2002, la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie a sensibilisé toutes les directions des établissements scolaires de l'Estrie au phénomène de la sédentarité des jeunes et à l'importance de mettre en place des mesures pour que chaque jeune ait l'opportunité d'être actif tous les jours de classe. Au cours des derniers mois, différentes mesures gouvernementales ont été annoncées et contribuent à créer des conditions plus favorables à la pratique d'activités physiques en milieu scolaire primaire. Le projet de la *Corporation Québec en forme* (Annexe D) vise à rejoindre, progressivement, toutes les écoles primaires de milieu défavorisé de l'Estrie. Quatre commissions scolaires se sont concertées avec les organismes du milieu et la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie pour développer un passeport santé (Annexe E) pour l'ensemble des jeunes. Pour 2003-2004, seulement les jeunes de 5-11 ans sont visés. Ce projet s'inscrit dans le cadre de la réforme qui n'est pas encore en implantation au secondaire. À moyen terme, une implantation avec des outils adaptés est prévisible pour le secondaire. Des outils pédagogiques ont été développés et des activités de formation ont débuté pour soutenir les enseignants dans cette fonction qui a été redéfinie dans le cadre de la réforme de l'éducation. D'autres campagnes, par exemple *Plaisir sur glace*, le *Mois de l'éducation physique et du sport étudiant*, *Marchons vers l'école* (Annexe D) présentent des occasions de favoriser l'engagement des milieux scolaires, municipaux et communautaires pour favoriser la pratique d'activités physiques. Les dossiers *Cours d'école* et le *concours École active* (Annexe D) font l'objet d'intervention depuis deux ans en Estrie et les impacts pourraient être plus importants avec l'ajout de ressources dans le milieu.

Plusieurs de ces activités pourront être intégrées à la programmation du volet « habitudes de vie » des projets « École en santé » dans les écoles primaires ciblées.

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Organisation de campagnes de communication axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie						
• Réalisation d'activités régionales de la campagne nationale.	Nombre d'activités réalisées.	X	→	→	**Régional**	
• Réalisation d'activités locales de la campagne nationale.	Nombre d'activités réalisées.		X	→	**Local**	
• Soutien au milieu scolaire pour la réalisation d'activités promotionnelles par exemple *Plaisir sur glace,* le *Mois de l'éducation physique et du sport étudiant* et de la campagne *Marchons vers l'école.*	Nombre d'activités réalisées.		X	→	**Local**	
Promotion de la création d'environnements favorisant la pratique d'activités physiques dans les écoles primaires						
• Participation aux travaux des comités d'actions locaux (CAL) pour l'élaboration d'une programmation d'activités physiques intégrées à la grille horaire dans le cadre du programme *Québec en forme* ou autres programmes.	Nombre d'écoles participantes.	X	→	→	**Local**	270 000 $ 4 ETC (kinésiologue ou l'équivalent)[1]
• Soutien aux écoles primaires dans le développement d'une cour d'école saine et sécuritaire (organisation, animation d'activités, équipements).	Nombre d'écoles participantes Nombre d'activités offertes Nombre d'intervenants formés		X	→	**Local**	↓
• Soutien à la mise en place de mesures favorisant l'aller-retour sécuritaire et actif à l'école pour les enfants.	Nombre de projets mis en place		X	→	**Local**	

[1] Ces professionnels auront aussi comme tâche de collaborer aux projets « École en santé » en plus de contribuer au volet « activité physique » du Programme de prévention des maladies chroniques pour la clientèle adulte.

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Conception et organisation d'activités éducatives axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie						
• Soutien aux équipes école et aux équipes cycle dans leur tâche d'enseignement d'activités de promotion de saines habitudes de vie notamment par l'utilisation du « Passeport santé ».	Nombre d'enseignants rencontrés. Nombre d'enseignants formés. Nombre de jeunes rejoints.		X	→	**Local**	
• Animation d'activités visant à renforcer le rôle des parents à l'égard de l'acquisition de saines habitudes de vie par leurs enfants.	Nombre de rencontres organisées. Nombre de parents rejoints.			X	**Local**	

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

- Formation sur les stratégies efficaces et prometteuses pour promouvoir la pratique régulière d'activités physiques chez les jeunes.
- Formation et information sur certains éléments de programmation, notamment Québec en forme, Plaisir sur glace, Marchons vers l'école, Passeport santé, Concours École active, etc.

CLIENTÈLE : 5-11 ans **2.2.3**

DOMAINE : Habitudes de vie et maladies chroniques

OBJECTIFS :

D'ici 2012 :

- **Réduire l'exposition à la fumée du tabac dans l'environnement.**
- **Réduire l'usage du tabac chez les jeunes.**
- **Réduire de 40 % la mortalité et la morbidité liées à l'asthme.**
- **Augmenter à 80 % la proportion des personnes qui consomment au moins cinq portions de fruits et de légumes par jour.**
- **Réduire la prévalence de l'insécurité alimentaire à moins de 8 %.**
- **Réduire la prévalence de l'excès de poids de 28 % à 22 % et celle de l'obésité de 13 % à 10 % chez les adultes en plus de prévenir l'excès de poids chez les enfants et les adolescents.**
- **Réduire de 30 % l'incidence du diabète.**

ÉTAT DE SITUATION :

Cet état de situation traite des problématiques prioritaires liées aux habitudes de vie et aux maladies chroniques chez les jeunes 5-11 ans. Comme il n'existe aucune donnée estrienne sur le sujet, nous référons aux enquêtes québécoises et canadiennes. Dans certains cas, nous avons choisi de présenter les taux de prévalence des problématiques à la fois pour les 5-11 ans et les 12-17ans, principalement en raison de leur interrelation et des similarités qu'elles peuvent présenter. Toutefois, certaines précisions sont ajoutées lorsque les taux de prévalence concernent davantage un groupe d'âge par rapport à l'autre.

Les maladies respiratoires

Les problèmes de santé chroniques qui touchent le plus les enfants et les adolescents sont l'asthme, le rhume des foins et les autres allergies[1]. L'asthme est la première cause de limitations d'activités dues à un problème de santé chez les jeunes québécois de 9 et 13 ans et après la carie dentaire, parmi les plus importantes (avec les problèmes ostéo-articulaires) chez ceux de 16 ans. La prévalence de l'asthme est plus élevée chez les jeunes de 9 ans et de 13 ans que chez ceux de 16 ans. Au Québec, en 1987, la prévalence de l'asthme était évaluée à 3,6 % et 2,6 % chez les 5 à 14 ans et les 15 à 19 ans respectivement, alors qu'en 1999, elle est estimée à 15 % chez les 9 ans et les 13 ans et à 11 % chez les 16 ans[1].

Les facteurs de risque liés aux maladies cardiovasculaires

Selon l'Enquête sociale et de santé 1999[1], un enfant de 9 ans sur quatre présente au moins un facteur de risque modifiable de maladies cardiovasculaires au Québec. À l'âge de 16 ans, c'est plus de 50 % des jeunes et, 19 % en présentent deux ou plus. Cette enquête permet aussi de constater une relation entre la présence de facteurs de risque MCV chez les jeunes et ceux de leurs parents biologiques, mais uniquement chez les jeunes vivant avec leurs deux parents. Ainsi on retrouve chez ces jeunes un profil lipidique plus élevé de même qu'une tension artérielle systolique limite ou élevée chez 16 % des enfants de 9 ans et chez 22 % et 27 % des jeunes de 13 et 16 ans respectivement. Cette relation peut être attribuable à des facteurs génétiques, à l'environnement familial, ou aux habitudes de vie. Tout comme pour les lipides plasmatiques, les valeurs moyennes estimées de tension artérielle systolique et diastolique augmentent significativement avec le poids chez les garçons et les filles de chaque âge. D'autres facteurs de risque tels que le tabagisme et la sédentarité jouent aussi un rôle sur l'incidence des maladies cardiovasculaires. Ces dimensions sont abordées dans les fiches du Plan d'action régional qui traitent du tabagisme et de l'activité physique chez les jeunes.

L'obésité

En 1999, l'embonpoint et l'obésité sont plus fréquents chez les jeunes québécois qu'ils ne l'étaient chez les jeunes canadiens en 1981. De 11 % à 13 % des jeunes présentent de l'embonpoint et de 3 % à 4 % de l'obésité. Des facteurs génétiques et des habitudes familiales contribueraient au développement de cette problématique. Des études auraient démontré que la prévalence de l'obésité est de deux à huit fois plus élevée au sein des familles où il y a des personnes obèses que dans la population en général[5]. On a décelé 3 périodes critiques, en bas âge, pour l'apparition de l'obésité : l'âge périnatal, entre 5 et 7 ans et l'adolescence. Les enfants obèses risquent plus que les autres d'être des adultes obèses, ce qui augmente leur risque de maladies cardiovasculaire, d'hypertension, de diabète, d'arthrite et de cancer. Les enfants qui montrent un excès de poids font également face au stress et à une faible estime de soi. L'excès de poids, qui peut aller jusqu'à l'obésité, contribuerait à 51 % des cas de diabète de type 2 et à 18 % des maladies coronariennes au Canada.

Le diabète

En ce qui a trait au diabète, l'augmentation des valeurs moyennes de glycémie avec l'excès de poids - qui est significative au point de vue statistique chez les garçons de 13 ans - combinée à la relation de ce dernier avec les lipides plasmatiques et la tension artérielle suggère la possibilité que le syndrome de résistance à l'insuline puisse se manifester dès l'enfance et l'adolescence au sein de la population québécoise.

L'alimentation

Il est démontré qu'une alimentation adéquate en quantité et en qualité nutritive représente un facteur de base de la croissance et du développement normal de l'organisme humain, de la résistance du système immunitaire tout au long de la vie, de la protection de plusieurs types de cancer et de la prévention des maladies cardiovasculaires, du diabète, de l'ostéoporose, de l'obésité, etc. (6-12-17 nous serons bien mieux)[6] À l'inverse, une alimentation insuffisante, de piètre qualité nutritionnelle, ou à teneur élevée en éléments indésirables, contribue à divers problèmes de santé. L'alimentation a un rôle important à jouer dans le développement de plusieurs maladies chroniques. Ainsi, un consensus existe quant au rôle de certains éléments nutritifs sur la prévention de divers problèmes de santé sur le développement de 4 maladies chroniques, soit le cancer, les maladies cardiovasculaires, le diabète et l'obésité.

Chez les enfants et les adolescents, toute la période de croissance est intimement liée à la qualité de l'alimentation. Certains effets particuliers de la nutrition sur le développement physique et cognitif sont propres à l'enfance et à l'adolescence. Les problèmes qui persistent actuellement sont largement dus à une consommation insuffisante de certaines catégories d'aliments ainsi qu'à des déséquilibres alimentaires qui n'assurent pas la présence adéquate des aliments nutritifs pouvant répondre aux besoins de tous. L'anémie ferriprive (reliée à une insuffisance de fer) constitue une préoccupation persistante ; outre la fatigue excessive, elle a pour effets de causer des problèmes de développement cognitif. Le calcium joue un rôle important dans la formation osseuse et dentaire. Les personnes qui ont une quantité adéquate de calcium au cours de l'enfance et de l'adolescence risquent moins de souffrir d'ostéoporose.

Enfin, il semble que l'alimentation ait une influence sur le développement intellectuel et cognitif des jeunes. D'où l'importance d'assurer aux enfants de certains milieux plus défavorisés un apport nutritionnel suffisant. On constate qu'une des barrières majeures à une alimentation équilibrée est la capacité des individus à se procurer des aliments nutritifs et en quantité suffisante pour assurer leur sécurité alimentaire. En 1998, on estimait que 8 % des ménages ont vécu une situation d'insécurité alimentaire durant l'année, dont 23 % étaient des familles monoparentales tandis que plus de 10 % des jeunes ne mangeaient pas assez. Ces dimensions sont abordées dans les fiches du Plan d'action régional sur la sécurité alimentaire pour toute la population.

Les interventions réalisées à ce jour en Estrie

- **Les actions liées aux maladies respiratoires** :

  Bien que cette problématique se classe parmi les plus prévalentes chez les enfants, et qu'un grand nombre d'interventions de nature individuelles sont effectuées auprès des enfants atteints, il y a peu d'interventions préventives systématiques et structurées à l'égard de cette problématique sauf en ce qui a trait aux environnements sans fumée.

➢ **Les actions liées à la promotion de l'activité physique chez les jeunes** :

- Sensibilisation de toutes les directions des établissements scolaires sur la sédentarité des jeunes et l'importance de mettre en place des mesures pour que chaque jeune ait l'opportunité d'être actif tous les jours de classe.
- En Estrie, concertation des 4 commissions scolaires avec les organismes du milieu dont la Direction de la santé publique et de l'évaluation pour développer un passeport santé pour l'ensemble des jeunes. Développement d'outils pédagogiques et activités de formation pour soutenir les enseignants dans cette fonction.
- Implantation du projet de la *Corporation Québec en forme* à l'intention des jeunes de milieu défavorisé.
- Organisation de diverses campagnes de sensibilisation à l'activité physique (*Vis ton énergie*, *Plaisir sur glace*, le *Mois de l'éducation physique et du sport étudiant, etc.*).

➢ **Les actions liées à l'alimentation** :

À l'exception des récents efforts dans chacune des régions du Québec sur la sécurité alimentaire, en raison d'un budget spécifique, les actions réalisées pour la clientèle 5-11 ans en termes d'information, de modification de l'environnement, ou de l'éducation à une saine alimentation issues en grande partie, des CLSC ou de certains organismes communautaires sont sporadiques et non coordonnées au niveau régional. Aucun budget spécifique régional n'existe à ce niveau, ni aucun plan de développement spécifique.

➢ **Les actions entreprises pour lutter contre le tabagisme chez les jeunes du secondaire** :

Dans la foulée des efforts antérieurs, le Québec s'est doté d'un Plan de lutte au tabac pour les années 2001-2005. Ce plan global contient des objectifs de prévention, cessation, protection des non-fumeurs et de dénormalisation de l'habitude tabagique Depuis 1996, en collaboration avec les CLSC de l'Estrie, nous avons mis en place le Programme régional « Vers des écoles sans fumée » (Annexe F). Il s'adresse exclusivement au milieu scolaire **secondaire**. Bien qu'il n'existe pas d'orientations spécifiques pour la clientèle 5-11 ans, il y a lieu de retenir cette problématique et d'accorder une attention à l'environnement dans lequel évolue l'enfant.

➢ **Les actions liées à la santé dentaire :**

Le Programme public provincial de services dentaires préventifs (PPSDP), appliqué par tous les CLSC de l'Estrie, cible les enfants de 0-12 ans. Il permet, actuellement, de rejoindre principalement les enfants de maternelle à la troisième année ; il permet aussi d'identifier, à la maternelle, les enfants à risque élevé de carie dentaire et de leur offrir un suivi préventif individualisé incluant deux applications topiques de fluorures pour une période de quatre ans.

En conformité avec les orientations préconisées dans le Programme national de santé publique et afin d'intervenir simultanément sur plusieurs déterminants et facteurs de risque, il sera nécessaire d'élaborer et d'implanter en collaboration avec le réseau de l'éducation et les autres partenaires communautaires, une intervention globale et concertée pour promouvoir la santé et le bien-être des enfants et des adolescents, pour prévenir un ensemble de problèmes de santé prioritaires et atteindre les objectifs poursuivis. Le concept « École en santé » (voir annexe A pour description) est donc retenu. Cette mesure visera à rejoindre les enfants dans leurs principaux milieux de vie, soit à l'école et dans leur famille tout en tenant compte de l'ensemble des environnements dans lesquels ils évoluent.

Les principaux thèmes à considérer dans le volet Habitudes de vie d'« École en santé » sont :

- L'activité physique ;
- La saine alimentation ;
- La santé buccodentaire ;
- Le non-usage du tabac.

À cet effet, les activités prévues pour les enfants de 5-11 ans dans le Plan d'action régional de santé publique concernant la santé buccodentaire et l'activité physique devront aussi faire partie de la programmation d'« École en santé » afin d'avoir une offre de service de santé publique coordonnée et intégrée à l'école.

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Élaboration et implantation, en collaboration avec le réseau de l'éducation et les autres partenaires communautaires, d'une intervention globale, concertée de type « École en santé », pour promouvoir la santé et le bien-être des enfants et des adolescents et pour prévenir différents problèmes d'habitudes de vie et maladies chroniques						
• Réalisation dans 50 % d'écoles primaires d'une programmation de type « École en santé ». Cinq stratégies devront être utilisées dans les écoles visées : 1. Activités d'information-sensibilisation. 2. Application de politiques, de lois et de règlements (ex. : Politique alimentaire). 3. Activités d'aménagement du milieu. 4. Activités de développement des compétences. 5. Activités de promotion et de soutien des pratiques cliniques préventives (ex. : counselling sur les habitudes de vie). **Les thèmes à considérer dans les activités à déployer sont le non-usage du tabac, la saine alimentation, l'activité physique et l'hygiène dentaire.** Il est à noter que les objectifs de santé et les activités prévues dans les fiches 5-11 ans, Habitudes de vie et maladies chroniques traitant de la santé buccodentaire et de l'activité physique peuvent être intégrés en totalité ou en partie à la programmation intégrée « École en santé ».	Nombre d'écoles primaires rejointes par les CLSC ayant mis en place une programmation du type « École en santé » concernant la prévention des problématiques d'habitudes de vie et maladies chroniques. Nombre d'enfants rejoints. Nombre de parents rejoints. Nombre de rencontres de parents.	X	→	→	**Local**	

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Processus régional d'implantation						
• Formation d'un comité régional MSSS-MEQ (axe Promotion-prévention) tel que prévu dans l'Entente de complémentarité MSSS-MEQ.	Comité formé. Nombre de rencontres régionales.	X	→	→	**Régional**	67 500 $ 1 ETC (agent de planification et de programmation sociosanitaire)[1]
• Élaboration d'un cadre de référence régional sur l'approche de type « École en santé » harmonisé au modèle national.	Cadre de référence régional élaboré.	X			**Régional**	
• Identification des critères de priorisation des écoles primaires ciblées.	Critères de priorisation définis.	X			**Régional**	
• Soutien et suivi des programmations de type « École en santé ».	Analyse des bilans locaux.			X	**Régional**	
Processus local d'implantation						
• Choix des écoles ciblées par les instances locales (commissions scolaires, CLSC, autres partenaires).	Nombre d'écoles ciblées.		X	→	**Local**	810 000 $ 12 ETC (inf.)
• Engagement des milieux scolaires ciblés à développer une approche de type « École en santé ».	Nombre d'ententes convenues entre écoles, commissions scolaires et CLSC.		X	→	**Local**	
• Choix d'activités prioritaires en lien avec les problématiques identifiées dans le PNSP et identification des stratégies ou moyens pour atteindre les objectifs visés.	Activités et stratégies utilisées convenues. Comité école mis en place.		X	→	**Local**	
• Déploiement des activités dans l'école et dans la communauté.	Nombre et type d'activités réalisées à l'école et dans la communauté.		X	→	**Local**	
• Réalisation d'un bilan annuel et ajustements.	Bilan locaux réalisés et diffusés et ajustements apportés.		X	→	**Local**	

1 Cette ressource régionale est la même que celle identifiée pour la clientèle 5-11 ans, Développement, adaptation et intégration sociale, « École en santé ».

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

Formation continue des intervenants des écoles primaires et du réseau de la santé concernant le soutien à l'adoption de bonnes habitudes de vie et à la prévention des maladies chroniques annuellement.

CLIENTÈLE : 5-11 ans **2.2.4**

DOMAINE : Habitudes de vie et maladies chroniques

STRATÉGIES : Développement des communautés et actions intersectorielles

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
• Développement d'actions intersectorielles visant à soutenir l'implantation du programme « École en santé » dans chacune des écoles ciblées selon le cadre de référence régional : ➢ Collaboration à la promotion du programme et sensibilisation de tous les acteurs concernés en vue de favoriser leur engagement et leur appropriation à l'égard du programme « École en santé ».	Nombre d'activités intersectorielles développées.		X	→	**Local**	405 000 $[1] 6 ETC (interv. com.)
➢ Mobilisation et concertation du milieu, des parents et de la communauté.						
➢ Support à la réalisation des activités priorisées dans chacune des écoles, principalement au niveau des activités d'aménagements de milieu.						

[1] Budget servant aussi pour le développement des communautés dans le domaine Développement, adaptation et intégration sociale, « École en santé », 5-11 ans.

Domaine 4

Maladies infectieuses

38-40

Présentation du domaine des maladies infectieuses

Les enfants sont vulnérables à une kyrielle de maladies infectieuses. Heureusement, au cours des années, plusieurs vaccins ont été développés afin de contrer la menace présentée par plusieurs de ces infections. Pour l'ensemble des problèmes de nature infectieuse retenus dans cette section, nous pouvons donc compter sur une stratégie d'immunisation comme moyen efficace d'intervention et de contrôle. Le milieu scolaire demeure encore l'endroit à privilégier pour rejoindre les clientèles visées, afin d'obtenir une couverture vaccinale optimale.

CLIENTÈLE : 5-11 ans

2.4.1

DOMAINE : Maladies infectieuses

OBJECTIF : D'ici 2007, maintenir à zéro l'incidence annuelle de la diphtérie, de la poliomyélite et du tétanos en ce qui concerne les cas indigènes.

ÉTAT DE SITUATION :

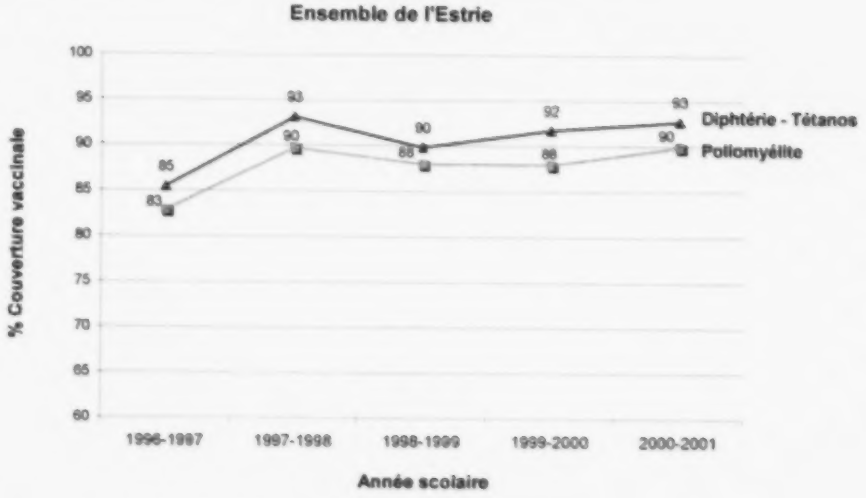
Il n'y a aucun cas de diphtérie déclaré au Québec depuis 1977 et la poliomyélite causée par le virus sauvage a été déclarée éradiquée des Amériques en 1994 par l'Organisation mondiale de la santé. Cependant, ces deux maladies sont encore présentes ailleurs dans le monde et il faut continuer de protéger la population. Le tétanos, contrairement à la diphtérie et à la poliomyélite, ne se transmet pas d'une personne à une autre. Il s'agit donc d'un risque individuel mais qui est complètement évitable par l'immunisation. On a enregistré une dizaine de cas de tétanos au Québec entre 1991 et 1996, mais aucun cas n'a été déclaré depuis 1997[7].

Au Québec, ces trois maladies sont donc considérées comme contrôlées par les programmes de vaccination qui existent contre la diphtérie depuis 1931, contre le tétanos depuis 1949 et contre la poliomyélite depuis 1955. La vaccination systématique contre ces maladies se fait à l'âge de 2, 4, 6 et 18 mois, au moyen du vaccin DCaT-Polio-Hib; la primovaccination se termine au moment de l'entrée à la maternelle, au moyen du vaccin DCaT-Polio et un premier rappel est administré en 3e secondaire, au moyen du vaccin dT. Par la suite, un rappel aux 10 ans demeure recommandé mais ne fait pas l'objet d'un programme systématique.

En 2001, en Estrie[8], un peu plus des 2/3 de la vaccination à la maternelle est administrée par les CLSC.

Les critères de couverture vaccinale varient selon les maladies visées, mais les résultats en Estrie en 2001, à la maternelle, atteignent 90 % pour la poliomyélite (au moins 3 doses de vaccin dont au moins une après l'âge de 4 ans) et 93 % pour la diphtérie et le tétanos (au moins 4 doses de vaccin dont au moins une après l'âge de 4 ans). L'objectif de couverture vaccinale à atteindre contre ces trois maladies dans la population est fixé à 95 %.

Couverture vaccinale contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite, à la maternelle, en Estrie, année scolaire 1996-1997 à 2000-2001



Couverture vaccinale contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite, à la maternelle, en Estrie, année scolaire 2000-2001

MRC ou territoire équivalent	Diphtérie - Tétanos %	Polio %
MRC du Granit	94	92
MRC d'Asbestos	86	85
MRC du Haut-Saint-François	82	81
MRC du Val-Saint-François	89	87
MRC de Coaticook	99	97
MRC de Memphrémagog	96	94
Ville de Sherbrooke	94	91

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Vaccination						
• Vaccination des jeunes contre la diphtérie, la poliomyélite et le tétanos (vaccination de base). • Activités de relance afin d'optimiser la couverture vaccinale contre la diphtérie, la poliomyélite et le tétanos.	85 % des jeunes de la maternelle seront vaccinés adéquatement contre la diphtérie, la poliomyélite et le tétanos.	X			**Local**	Budget régulier
	90 % des jeunes de la maternelle seront vaccinés adéquatement contre la diphtérie, la poliomyélite et le tétanos.		X		**Régional**	
	95 % des jeunes de la maternelle seront vaccinés adéquatement contre la diphtérie, la poliomyélite et le tétanos.			X		
• Enquête épidémiologique lors de la déclaration de cas de diphtérie, de poliomyélite et de tétanos.	100 % des cas déclarés de diphtérie, de poliomyélite et de tétanos auront fait l'objet d'une enquête épidémiologique.	X	→	→	**Régional**	

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

- Formation des nouveaux vaccinateurs.
- Mise à jour en vaccination.
- Support-conseil pour les programmes de vaccination.

CLIENTÈLE : 5-11 ans

2.4.2

DOMAINE : Maladies infectieuses

OBJECTIF : D'ici 2007, maintenir l'incidence moyenne annuelle de la rougeole, de la rubéole et des oreillons sous le seuil d'élimination.

ÉTAT DE SITUATION :

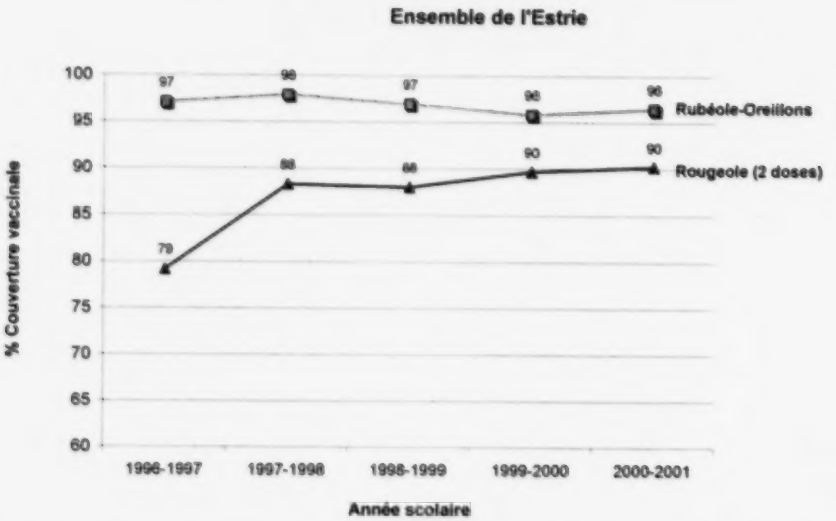
La rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO) sont des maladies considérées comme contrôlées par l'immunisation, bien que des cas isolés ou des éclosions puissent toujours survenir.

Depuis l'épidémie de 1989 où 503 cas de rougeole avaient été déclarés en Estrie[7], et plus de 10 000 au Québec, la rougeole n'est présente que de façon sporadique. Au Québec, moins de 5 cas de rougeole ont été enregistrés de 1997 à 1999 dans le fichier *maladie à déclaration obligatoire* mais en 2000, 32 cas de rougeole étaient déclarés, dont 28 reliés à une éclosion dans une communauté non vaccinée. En Estrie, aucun cas de rougeole n'est documenté depuis 1996. Rappelons que, suite à une épidémie de rougeole qui a sévi en Ontario en 1995, une vaste campagne de revaccination a été réalisée par les CLSC au Québec, au printemps 1996, auprès des enfants du primaire et du secondaire, au terme de laquelle la protection contre la rougeole (2 doses) atteignait 89 %. Depuis 1996 également, le programme régulier de vaccination prévoit l'administration systématique du vaccin RRO à l'âge de 12 et 18 mois.

La campagne de revaccination au moyen du vaccin RRO a également eu un impact sur l'incidence de la rubéole et des oreillons. Au Québec, moins de 3 cas de rubéole sont déclarés annuellement de 1998 à 2001 mais aucun cas n'est enregistré en Estrie[7] depuis 1997. Cependant, 2 cas de rubéole congénitale sont survenus au Québec (1999 et 2000), venant rappeler l'importance de la vérification du statut immunitaire chez les femmes en âge de procréer. Finalement, aucun cas d'oreillons n'est confirmé en Estrie[7] depuis 1999 malgré quelques signalements de parotidites cliniques, mais dans l'ensemble du Québec, on enregistre une moyenne annuelle de 15 cas confirmés de parotidites ourliennes entre 1997 et 2001.

Pour l'année scolaire 2000-2001, 90 % des enfants de la maternelle ont eu 2 doses de vaccin contre la rougeole[8]. La protection contre la rubéole et les oreillons atteint 96 % à la maternelle[8]. L'objectif de vaccination contre la rougeole (2 doses), la rubéole (1 dose) et les oreillons (1 dose) est fixé à 95 %.

Couverture vaccinale contre la rougeole, la rubéole et les oreillons à la maternelle, en Estrie, année scolaire 1996-1997 à 2000-2001



Couverture vaccinale contre la rougeole, la rubéole et les oreillons à la maternelle, en Estrie, année scolaire 2000-2001

MRC ou territoire équivalent	Rougeole (2 doses) %	Rubéole – Oreillons %
MRC du Granit	96	98
MRC d'Asbestos	85	94
MRC du Haut-Saint-François	90	95
MRC du Val-Saint-François	81	95
MRC de Coaticook	98	100
MRC de Memphrémagog	95	98
Ville de Sherbrooke	92	96

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Vaccination						
• Vaccination des jeunes contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (vaccination de base).	90 % des jeunes à la maternelle seront vaccinés adéquatement contre la rougeole, la rubéole et les oreillons.	X	→		**Régional/local**	Budget régulier
• Activités de relance afin d'optimiser la couverture vaccinale contre la rougeole, la rubéole et les oreillons.	95 % des jeunes à la maternelle seront vaccinés adéquatement contre la rougeole, la rubéole et les oreillons.			X		
• Enquête épidémiologique lors de la déclaration de cas de rougeole, de rubéole et d'oreillons.	100 % des cas déclarés de rougeole, de rubéole et d'oreillons auront fait l'objet d'une enquête épidémiologique.	X	→	→	**Régional**	

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

- Formation des nouveaux vaccinateurs.
- Mise à jour en vaccination.
- Support-conseil pour les programmes de vaccination.

CLIENTÈLE : 5-11 ans

2.4.3

DOMAINE : Maladies infectieuses

OBJECTIF : D'ici 2007, réduire à moins de 5 cas l'incidence moyenne annuelle des infections invasives à méningocoque de sérogroupe C dans la population âgée de 20 ans ou moins.

ÉTAT DE SITUATION :

Les infections invasives à méningocoque de sérogroupe C, bien qu'elles soient peu fréquentes, même lorsqu'elles connaissent une recrudescence, sont graves, imprévisibles et souvent fulgurantes dans leur mode de présentation.

De 1996 à 2002[7], seulement 2 cas d'infection invasive causée par un méningocoque de sérogroupe C ont été déclarés en Estrie, soit en décembre 2000 et en janvier 2001. À l'inverse, dans plusieurs régions du Québec, il y a eu une recrudescence importante des infections dues au sérogroupe C à partir de février 2001, qui ont été à l'origine de plusieurs éclosions et interventions avec antibioprophylaxie et vaccination auprès des jeunes à l'hiver et au printemps 2001, dans différentes régions du Québec. En effet, alors qu'il y avait régression régulière de ces infections dans la population depuis la campagne de vaccination massive de 1993 et qu'on ne relevait, entre 1996 et 2000, que moins de 10 cas en moyenne par année au Québec, une épidémie de 57 cas a été confirmée en 2001, reliée à un clone du méningocoque de sérogroupe C particulièrement virulent (létalité de 17 %).

Les seuls vaccins disponibles pour limiter les éclosions de méningocoque de sérogroupe C, avant mai 2001, étaient les vaccins « polysaccharidiques ». La réponse immunitaire à ces vaccins pouvant s'atténuer avec le nombre de doses ainsi que leur durée d'efficacité limitée (environ 2-3 ans) ont restreint leur utilisation au Québec aux seules situations où les éclosions étaient bien documentées. En mai 2001, un premier vaccin « conjugué » contre les infections à méningocoque de sérogroupe C était homologué au Canada et son profil d'efficacité est venu modifier les perspectives de prévention à long terme de ces infections. C'est pourquoi le ministre de la Santé et des Services sociaux a décrété la tenue d'une campagne provinciale de vaccination préventive. Cette campagne s'est déroulée du 24 septembre 2001 au 31 janvier 2002, auprès de tous les jeunes nés depuis le 17 juillet 1980. En Estrie[8], les CLSC ont administré ce vaccin « conjugué » à plus de 63 000 jeunes, au cours de cette période, pour une couverture vaccinale globale de 81 % dont 94 % au primaire.

Depuis le 1er novembre 2002, la vaccination contre le méningocoque de sérogroupe C est intégrée au programme de vaccination régulier des enfants du Québec et ce, à l'âge d'un an (1 dose). L'objectif de couverture vaccinale contre cette maladie est fixé à 95 %.

Couverture vaccinale de la campagne contre les infections invasives à méningocoque de sérogroupe C chez les jeunes en école primaire, en Estrie, 2001-2002

MRC ou territoire équivalent	%
MRC du Granit	95
MRC d'Asbestos	93
MRC du Haut-Saint-François	96
MRC du Val-Saint-François	94
MRC de Coaticook	97
MRC de Memphrémagog	92
Ville de Sherbrooke	93
Ensemble de l'Estrie	*94*

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Vaccination						
• Activités de relance afin d'optimiser la couverture vaccinale contre les infections à méningocoque de sérégroupe C.	95 % des jeunes du primaire seront vaccinés adéquatement contre le méningocoque de sérogroupe C.	X	→	→	**Régional/local**	Budget régulier
• Enquête épidémiologique lors de la déclaration de cas d'infection invasive à méningocoque de sérégroupe C.	100 % des cas déclarés d'infection invasive à méningocoque de sérégroupe C auront fait l'objet d'une enquête épidémiologique.	X	→	→	**Régional**	Budget régulier

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

- Formation des nouveaux vaccinateurs.
- Mise à jour en vaccination.
- Support-conseil pour les programmes de vaccination.

#5

CLIENTÈLE : 5-11 ans

2.4.4

DOMAINE : Maladies infectieuses

OBJECTIF : D'ici 2007, réduire de 50 % (à 1/100 000 personnes) l'incidence annuelle des cas déclarés d'hépatite B aiguë.

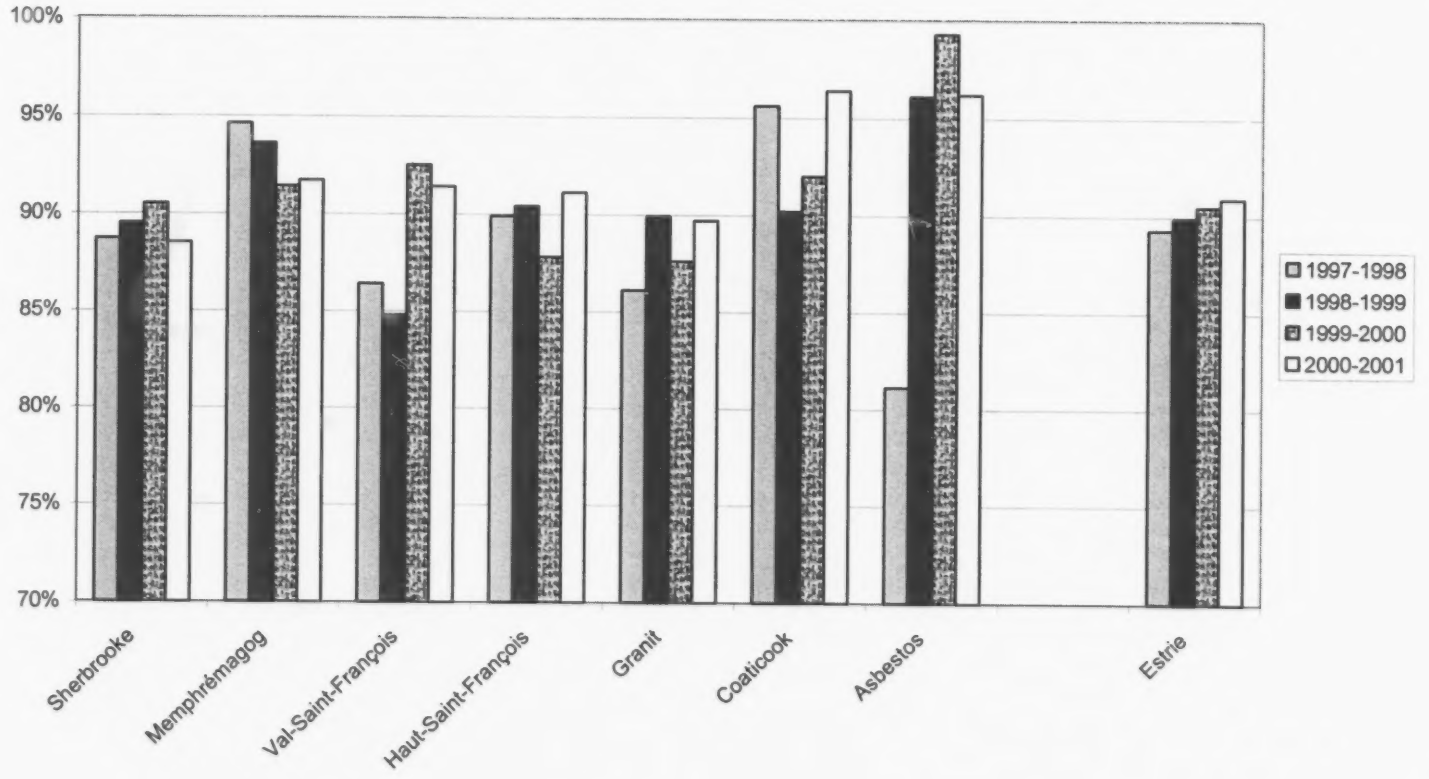
ÉTAT DE SITUATION :

L'hépatite B est une infection virale du foie, évitable par l'immunisation, qui se transmet lors de relations sexuelles non protégées, avec une personne infectée, par le sang ou le matériel d'injection contaminés et lors de l'accouchement. Au moment de l'acquisition du virus, la personne peut développer une hépatite aiguë, mais souvent l'infection passera inaperçue. Près de 10 % des adultes, mais jusqu'à 90 % des nouveau-nés infectés resteront porteurs chroniques du virus et seront à risque de développer éventuellement une maladie hépatique chronique, comme la cirrhose ou un cancer du foie. Le Canada ainsi que la plupart des pays industrialisés sont considérés comme des pays de faible endémicité pour l'hépatite B avec environ 1 personne sur 200 (0,5 %) qui est porteuse chronique du virus, alors que dans les pays de haute endémicité, comme le sont la plupart des pays en voie de développement, la prévalence du portage chronique peut atteindre 1 personne sur 10.

En Estrie[7], après avoir atteint un pic d'incidence en 1993 à 10,4 par 100 000 personnes, l'hépatite B aiguë est à son plus bas niveau des 10 dernières années avec 0,7 cas par 100 000 en 2001. Cependant, l'incidence de porteurs chroniques d'hépatite B, détectés en Estrie, en 2001, continue d'augmenter et atteint 10,3 par 100 000, soit 30 personnes. Ici, il s'agit des *nouveaux* cas de porteurs du virus diagnostiqués au cours de l'année. Cette définition suppose soit la persistance du virus plus de 6 mois après l'infection aiguë ou encore, la détection sérologique du virus suite à un dépistage, en l'absence de symptômes ou de facteurs de risque récents. Cette dernière éventualité est la plus fréquente.

On se rappellera que la vaccination universelle contre l'hépatite B est recommandée au Québec et qu'elle est réalisée auprès des enfants de la 4e année du primaire depuis l'automne 1994. Alors que le taux de couverture de ce programme se situait à 79 % la première année, ce taux a rapidement grimpé aux environs des 90 % les années subséquentes et il se maintient à 91 % en Estrie[8], pour l'année scolaire 2000-2001.

Couverture vaccinale contre l'hépatite B
en 4e année du primaire
Région de l'Estrie



ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Vaccination						
• Vaccination des jeunes en 4e année contre l'hépatite B (vaccination de base). • Activités de relance afin d'optimiser la couverture vaccinale contre l'hépatite B.	90 % des élèves de 4e année seront vaccinés adéquatement contre l'hépatite B.	X	→	→	**Régional/local**	Budget régulier
• Enquête épidémiologique lors de la déclaration de cas d'hépatite B.	100 % des contacts de cas déclarés d'hépatite B auront fait l'objet d'une intervention appropriée de santé publique.	X	→	→	**Régional**	

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

- Formation de nouveaux vaccinateurs.
- Mise à jour en vaccination.
- Rappels périodiques auprès des médecins et des infirmières des programmes de vaccination gratuite visant les groupes à risque.

CLIENTÈLE : 5-11 ans

2.4.5

DOMAINE : Maladies infectieuses

OBJECTIF : D'ici 2012, réduire la varicelle jusqu'au seuil d'élimination.

ÉTAT DE SITUATION :

La varicelle est une maladie virale qui touche 90 % des enfants avant l'âge de 10 ans. Ce virus reste présent dans l'organisme et peut récidiver plus tard dans la vie, sous forme de zona, chez 10 à 20 % des personnes atteintes. Bien que la varicelle chez le jeune enfant soit le plus souvent bénigne, elle peut être à l'origine de complications cutanées, pulmonaires, neurologiques et hématologiques, qui seront particulièrement sévères chez les personnes immunosupprimées. Chez les enfants, les surinfections cutanées constituent 50 % des complications observées et parmi celles-ci, on observe une recrudescence des infections invasives à streptocoque bêta-hémolytique du groupe A. Chez les adultes, les pneumonies sont la complication la plus fréquente (42 %). L'infection maternelle durant la première moitié de la grossesse peut provoquer des malformations importantes chez l'enfant à naître (syndrome de varicelle congénitale) alors que l'infection de la mère en fin de grossesse, soit 5 jours avant et jusqu'à 2 jours après l'accouchement, peut donner lieu à une varicelle potentiellement fatale chez le nouveau-né (varicelle néonatale). La varicelle produit environ 2 décès par an au Québec et 400 à 500 hospitalisations, soit un pour 200 cas de varicelle. Lors de la période 1997-1998 à 2001-2002, l'Estrie a eu une moyenne de 31 hospitalisations par an causées par ce virus. Depuis 1990, l'Estrie n'a eu que 2 décès attribués à cette maladie.

La varicelle est devenue une maladie évitable par la vaccination au Canada depuis 1999, avec l'homologation du vaccin, utilisé aux États-Unis depuis 1995 et au Japon depuis 1988. La vaccination universelle des enfants contre la varicelle a été recommandée par les organismes aviseurs américain, canadien et québécois en matière d'immunisation. En effet, le Comité sur l'immunisation du Québec considère que la vaccination contre la varicelle constitue un moyen efficace et sécuritaire de diminuer la mortalité et surtout la morbidité engendrée par la varicelle. Différents modèles d'intervention au Québec ont été comparés selon leurs avantages et leurs coûts associés, et la stratégie la plus efficiente, de l'avis du Comité sur l'immunisation du Québec de novembre 2000, consiste à introduire la vaccination universelle contre la varicelle à l'âge de 12 mois, au moment de la première dose du vaccin rougeole, rubéole, oreillons (RRO), accompagnée pendant 5 ans, d'un rattrapage lors de l'entrée à la maternelle ainsi que lors de la vaccination contre l'hépatite B en 4e année du primaire, pour les enfants qui n'auraient pas d'histoire de varicelle antérieure. Certains groupes adultes réceptifs devraient également recevoir le vaccin, notamment les travailleurs de la santé et les personnes en contact avec des personnes à haut risque de complications.

Actuellement, la vaccination contre la varicelle est à la charge des individus et demeure une activité marginale malgré les recommandations en vigueur. Cependant, un programme restreint de vaccination gratuite a été mis en place en juillet 2001, dans les directions de santé publique, permettant l'immunisation des contacts familiaux réceptifs à la varicelle des personnes immunosupprimées.

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Vaccination des jeunes contre la varicelle						
• Rattrapage du vaccin varicelle en maternelle. • Vaccination en 4e année au primaire.	La décision d'appliquer ce nouveau programme n'a pas encore été prise par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). S'il y a implantation du programme de vaccination contre la varicelle et campagne de rattrapage, 95 % des jeunes visés par ces efforts seront vaccinés contre la varicelle.	Échéancier à définir par le MSSS lors de l'introduction de cette nouvelle immunisation régulière.			**Régional/local**	Financement à définir par le MSSS lors de l'introduction de cette nouvelle immunisation régulière.

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

- Formation de nouveaux vaccinateurs.
- Mise à jour en vaccination.
- Rappels auprès des médecins et des infirmières des programmes de vaccination gratuite visant les groupes à risque.

Domaine 5
Santé environnementale

Présentation du domaine de la santé environnementale

La plupart des objectifs retenus dans le domaine de la santé environnementale ne s'adressent pas à une clientèle particulière mais visent plutôt le mieux-être de l'ensemble de la population. Les enfants de 5 à 11 ans sont cependant plus spécifiquement ciblés pour ce qui est des dangers de l'exposition aux rayons ultraviolets, et certaines interventions d'information visant les parents et les enfants peuvent contribuer à réduire l'impact de cette menace. C'est le sujet de l'unique fiche de cette section, portant sur la prévention des cancers de la peau.

CLIENTÈLE : 5-11 ans

2.5.1

DOMAINE : Santé environnementale

OBJECTIF : D'ici 2012, diminuer l'incidence des cancers de la peau.

ÉTAT DE SITUATION :

L'Institut national du cancer du Canada[9] a estimé que l'ensemble des cancers de la peau pouvait représenter jusqu'à 36 % de tous les nouveaux cas de cancer; ils seraient les cancers les plus existants dans la population. Plus de 90 % de ces cancers seraient attribuables à une exposition prolongée aux rayons solaires, d'origine naturelle ou artificielle. Les enfants sont particulièrement vulnérables, puisqu'entre 50 % à 80 % de la dose d'exposition à vie est accumulée au cours des 18 premières années, et que les coups de soleil attrapés en bas âge et à l'âge adulte sont les principaux facteurs de risque associés au cancer de la peau.

En Estrie, l'incidence des cancers de la peau, qui couvrent les mélanomes malins (20 cas) et tout autre tumeur maligne (124 cas) de la peau, représente 10 % des 1 394 cas de tumeurs malignes dénombrés en 1998. Toutefois, les tumeurs malignes de la peau, autres que les mélanomes, sont largement sous-estimées car elles sont souvent traitées en externe, ne donnent pas lieu à une hospitalisation et entraînent rarement des décès.

Les interventions effectuées auprès des parents

Au cours des consultations, le message est renforcé auprès des parents et des enfants, d'éviter l'exposition directe au soleil, particulièrement entre 10 h et 14 h et d'utiliser les crèmes solaires recommandées.

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Information aux parents concernant les moyens efficaces de protéger leurs enfants de 5 à 11 ans contre les rayons ultraviolets						
• Diffusion des outils produits par le MSSS.	100 % des outils produits par le MSSS seront diffusés auprès des intervenants de première ligne en santé, en Estrie.	X	→	→	**National** **Régional** **Local**	Budget régulier

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

- Aucune activité de formation n'est prévue au niveau régional ou suprarégional.

Références

1 INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000 (Collection La santé et le bien-être).

2 PAUZÉ R., TOUPIN, J., DÉRY, M, MERCIER, H. et autres. (2000). *Portrait des jeunes inscrits à la prise en charge des Centres de jeunesse du Québec et description des services reçus aux cours des huit premiers mois.*

3 SANTÉ CANADA. *Le fardeau économique de la maladie au Canada, 1998*, Santé Canada, 2002, 98 p.

4 INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Les Publications du Québec, 2000, 642 p. (Collection La santé et le bien-être).

5 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2001). *6-12-17, Nous serons bien mieux,* sous la direction de Hamel, M., L. Blanchet et C. Martin, Québec, Édition Les Publications du Québec, p. 175.

6 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2001). *6-12-17, Nous serons bien mieux,* sous la direction de Hamel, M., L. Blanchet et C. Martin, Québec, Édition Les Publications du Québec, p.170.

7 DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE L'ÉVALUATION. *Rapport sur les maladies infectieuses à déclaration obligatoire, Région de l'Estrie, année 2001 et tendances de 1991 à 2001*, RRSSS de l'Estrie, septembre 2002, 99 p.

8 DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE L'ÉVALUATION. *Rapport sur la couverture vaccinale et les actes vaccinaux en Estrie*, année 2001, Régie régionale de l'Estrie, juillet 2002, 16 p.

9 INSTITUT NATIONAL DU CANCER DU CANADA. *Statistiques canadiennes sur le cancer, 2000*, Toronto, Institut national du cancer du Canada, 2000.

Annexes

Annexe A

LE CONCEPT « ÉCOLE EN SANTÉ »

Le concept « École en santé » réfère à un milieu, en l'occurrence l'école où on fait la promotion de la santé et de l'épanouissement personnel et social des jeunes. Une école en santé vise le développement optimal des jeunes. L'approche proposée pour atteindre ce but est l'intervention globale et concertée de promotion et de prévention à partir de l'école. Elle consiste en un ensemble de mesures déployées de façon cohérente par divers partenaires qui travaillent en concertation. Ces mesures sont mises en œuvre dans le cadre du projet éducatif et du plan de réussite des écoles.

L'intervention est globale en ce sens qu'on agit simultanément sur les facteurs clés du développement des jeunes au moyen d'un ensemble de mesures. Six facteurs sont prioritaires : l'estime de soi, la compétence sociale, les habitudes de vie, les comportements sécuritaires, l'environnement et les services préventifs. Il importe que les mesures visent à la fois les jeunes, l'école, la famille et la communauté afin qu'elles se renforcent mutuellement et soient complémentaires.

Cette intervention vise l'ensemble des jeunes incluant les jeunes vulnérables aux prises avec des risques pour leur santé ou avec des difficultés d'adaptation sociale et scolaire. L'intervention globale et concertée se planifie à partir de l'école, en lien avec ses partenaires et se déploie éventuellement dans les divers milieux de vie des jeunes.

Dans « une école en santé », la santé est considérée dans une perspective positive large : c'est la mesure dans laquelle une personne peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et d'autre part, évoluer dans son milieu et s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne et non comme un but à atteindre[7].

La promotion de la santé vise à rendre les élèves aptes à mieux contrôler les facteurs qui ont une influence sur leur santé et leur bien-être. Elle vise à les outiller afin qu'ils adoptent de saines habitudes de vie et des comportements assurant leur sécurité. En plus de soutenir le développement des compétences individuelles, la promotion de la santé vise à permettre l'aménagement d'un environnement scolaire propice au maintien de la santé et aux apprentissages. Elle vise également à inscrire la santé dans les politiques scolaires et les décisions collectives.

« Une école en santé » c'est une école où les élèves, la direction, les enseignants, des parents, des intervenants du CLSC, des professionnels non enseignant, du personnel de soutien et des organismes de la communauté s'engagent à travailler ensemble pour permettre aux jeunes :

- de se développer pleinement ;
- d'être et se maintenir en bonne santé ;
- d'être bien dans leur peau ;
- d'être bien dans leur école ;

---

[7] Association canadienne pour la santé publique (1993). *Déclaration québécoise pour la promotion de la santé*, Document de consensus, 12 p.

- de s'épanouir ;
- de réussir ce qu'ils entreprennent.

Cette vision de l'école comme milieu de vie propice à la santé et au bien-être s'inspire d'expériences nombreuses au sein de l'Organisation mondiale de la santé (Réseau européen d'écoles-santé), de l'Association canadienne de l'éducation pour la santé (Approche globale de la santé en milieu scolaire) et du Comprehensive School Health américain[8,9,10].

L'approche « École en santé » vient renforcer ce que l'école fait déjà au regard de la santé et du bien-être. Les actions de promotion de la santé qui sont réalisées dans l'école traduisent les besoins exprimés et le choix de priorités effectués par le milieu. Une grande place est réservée aux jeunes dans les décisions et les actions qui les concernent. Pour accompagner leurs enfants, l'alliance avec les parents est favorisée. L'ensemble des acteurs s'engagent dans des objectifs clairs et les actions peuvent être multiples; elles doivent cependant converger vers les objectifs fixés.

Concrètement, lorsque des partenaires décident d'agir ensemble pour une « école en santé » ils prennent des engagements significatifs à l'égard des éléments suivants :

- Intégrer la santé et le bien-être au projet éducatif de l'école ;
- Impliquer le directeur d'école, le Conseil d'établissement et l'équipe-école ;
- Inscrire la santé et le bien-être dans les préoccupations de tous ;
- Saisir toutes les occasions d'agir en faveur de la santé et du bien-être ;
- Maximiser le développement des compétences personnelles et sociales en lien avec de saines habitudes de vie et des comportements responsables, sains et sécuritaires ;
- Favoriser l'aménagement d'environnements sains, sécuritaires, propices aux apprentissages et à l'exercice de choix sains.

Pour atteindre les buts fixés, il est essentiel que le personnel du réseau de la santé et des services sociaux accompagne et soutienne directement les écoles dans le développement et l'intégration du concept « École en santé ». Ceci afin d'apporter autant une expertise de processus qu'une expertise de contenu. Différents types de ressources et de professionnels sont requis pour développer le modèle. D'abord au niveau du service direct et local : des infirmières, des intervenants psychosociaux et des organisateurs communautaires. Ensuite, différentes ressources susceptibles de s'associer au plan d'action de l'équipe « École en santé », soit les organismes communautaires, le service de garde en milieu scolaire, le service de loisir de la municipalité, etc.

---

8 World Health Organization, The European network of health promoting schools, World Heath Organization Regional office of Europe, European Commission, Council of Europe, 15 p.

9 Association canadienne pour l'éducation à la santé et Santé et Bien-être social Canada (1993), Branchons-nous sur la santé, L'Approche globale de la santé en milieu scolaire, Guide de présentation et d'animation, Ministre des Approvisionnements et Services Canada, no. Cat.39-275/1993F.

10 World Health Organization, The European network of health promoting shcools, World Health Organization Régional office of Europe, European Commission, Council of Europe, 15 p.

Annexe B

PRATIC-05

PRATIC-05 est un programme de **prévention primaire** visant la consommation d'alcool et de drogues chez les jeunes. Il a été préparé en 1989 par le Département de santé communautaire de l'Estrie (DSC) en collaboration avec différents partenaires. Diverses révisions, dont la dernière date de juin 2002, ont fait progresser le programme au rythme de l'évolution des connaissances et des contextes. La réforme de l'école québécoise (travail sur les compétences personnelles et sociales, ententes MSSS-MEQ, etc.) en sont des exemples.

PRATIC-05 fait partie du volet promotion-prévention des services en toxicomanie disponibles en Estrie. Il s'adresse aux jeunes n'ayant pas de problème de consommation. L'approche retenue est l'application, au niveau local, des quatre stratégies de prévention primaire de la toxicomanie : 1) le développement de compétences personnelles, 2) l'information-sensiblisation, 3) l'aménagement du milieu, 4) le contrôle d'accès aux substances d'abus, puisque l'application de ces 4 stratégies de façon concomitante dans un milieu est réputée porteuse d'efficacité, d'autant qu'elle mobilise et implique plusieurs partenaires sociaux.

L'objectif global du PRATIC-05 se lit comme suit : « Favoriser l'apprentissage de nouvelles connaissances et attitudes face aux différentes toxicomanies afin de prévenir les abus et diminuer la consommation d'alcool et de drogues chez les jeunes ».

Les objectifs spécifiques sont les suivants :

- Fournir des activités de prévention aux jeunes afin de les sensibiliser davantage aux problèmes de consommation abusive d'alcool et de drogues (information-sensibilisation) ;
- Éduquer les jeunes à développer leurs compétences personnelles, telle une meilleure communication, afin de faire face aux difficultés reliées à l'adolescence (développement des compétences personnelles et sociales);
- Offrir des alternatives à la consommation pour les jeunes (aménagement de milieu et loisirs sains) ;
- Sensibiliser l'environnement (adultes, parents, professeurs, etc.) à la problématique de la toxicomanie chez les jeunes (consensus et normes sociales quant à la consommation) ;
- Développer et former les ressources du milieu sur la toxicomanie ;
- Inciter la population à veiller à la réalisation du programme.

La clientèle-cible du programme se situe dans la tranche d'âge 9-21 ans, mais il s'agit, compte tenu de la précocité actuelle des expérimentations, de rejoindre prioritairement des jeunes qui fréquentent la fin de l'école primaire et le début du secondaire, c'est-à-dire avant 13 ans. Les parents et les professeurs ainsi que tout adulte significatif pour les jeunes font aussi partie des clientèles-ciblées, en regard de l'importance du rôle qu'ils peuvent jouer auprès des jeunes dans une perspective de prévention de la toxicomanie.

La réalisation des activités du PRATIC-05, inscrite dans une planification d'activités locales triennale passe par la mobilisation des milieux (scolaire et hors de l'école) autour de la prévention de la toxicomanie. Un comité local se doit de développer une vision commune de la problématique dans son milieu et faire consensus sur les cibles à retenir et les actions à mener. Le CLSC est maître d'œuvre de ce programme dans sa communauté tant au niveau de la planification et de la gestion qu'au niveau de la mobilisation et de la mise en place d'activités de prévention de la toxicomanie auprès des jeunes.

Annexe C

LE PROGRAMME « FLUPPY » PRÉSCOLAIRE[11]

Le programme Fluppy préscolaire est un programme de promotion et de développement des habiletés sociales développé par le Centre de Psychoéducation du Québec. Il s'adresse aux enfants des classes de maternelle des écoles dont l'indice de défavorisation est élevé.

Historique

Ce programme s'inspire des recherches réalisées par Richard E. Tremblay, professeur à l'Université de Montréal dont l'objectif principal était de tracer le profil des garçons qui deviennent des adolescents et des adultes violents. Un échantillon de quelque 1000 garçons de milieux défavorisés de Montréal dans les maternelles (5 ans) des écoles de la C.E.C.M ont participé à cette étude ayant débuté en 1984. En plus de fournir des informations sur les caractéristiques des garçons violents stables, cette étude s'est aussi intéressée à la question de la prévention par rapport à la persistance de ces problèmes. Les résultats de cette étude sur la prévention d'une persistance des problèmes d'agressivité ont démontré que les garçons qui ont suivi le programme de prévention manifestent moins de problèmes d'adaptation à la fin du primaire que ceux du groupe témoin. De plus, les garçons identifiés comme agressifs à la maternelle qui ont suivi le programme sont moins impliqués dans des actes agressifs et délinquants à l'âge de 12 ans, soit trois ans après la fin de l'intervention.

Ces résultats révèlent qu'une approche multidimensionnelle peut être bénéfique et favoriser la modification de la trajectoire développementale des garçons identifiés comme agressifs au préscolaire. De plus, ces résultats suggèrent fortement de commencer l'intervention à la prématernelle ou à la maternelle, au moment même où les enfants sont identifiés comme ayant des problèmes de comportement.

Description du programme

Ce programme comporte trois axes d'intervention :

- Un programme d'entraînement aux habiletés sociales dans la classe;
- Un programme d'intervention à domicile pour les familles d'enfants présentant certaines difficultés de fonctionnement à l'école (turbulence, agressivité);
- Un soutien à l'enseignante qui a dans sa classe un enfant présentant ce type de difficultés.

Le volet enfant

Le programme d'entraînement aux habiletés sociales comporte quinze ateliers qui s'adressent à tous les enfants des classes de maternelle ciblées. Les enfants d'un groupe-classe sont habituellement divisés en deux sous-groupes animés par l'enseignant de la classe et l'intervenant du CLSC. Des marionnettes jouent de courtes histoires et apprennent ainsi aux enfants à développer leurs habiletés sociales nécessaires pour bien se comporter dans un groupe; ils apprennent aussi à reconnaître et à communiquer leurs émotions et développent leurs habiletés à résoudre les problèmes. Fluppy est le

[11] Centre de psychoéducation du Québec, dépliant de promotion du programme

personnage principal du programme et il anime les ateliers toutes les 2 semaines. L'enseignante est aussi invitée à utiliser les concepts et stratégies du programme tout au long des activités régulières de la classe.

Les principaux thèmes des ateliers sont :

- l'identification des émotions,
- la joie,
- la tristesse,
- la colère,
- la peur,
- prendre contact avec les autres,
- ce que l'autre ressent,
- proposer mon aide,
- proposer mon aide et savoir accepter un refus,
- partager un jouet ou du matériel,
- prendre soin du matériel et de l'environnement, et respecter les personnes qui m'entourent,
- inclure quelqu'un dans mon jeu,
- la coopération,
- que faire lorsque je suis fâché,
- que faire lorsqu'on se moque de moi ou lorsqu'on me frappe.

Le volet famille

Ce volet consiste à assurer toutes les deux semaines la visite d'un professionnel du CLSC au domicile des enfants afin de renforcer ou développer les pratiques éducatives des parents. L'intervenant discute avec les parents des difficultés qu'ils rencontrent avec leurs enfants et les aident à trouver les moyens pour surmonter ces difficultés. On travaille entre autres sur la modification des comportements de l'enfant, la qualité de la relation parents-enfants et sur le développement d'un réseau de soutien social. L'intervenant assure aussi un lien entre l'école et la famille afin d'informer l'enseignante et les parents des différentes activités réalisées autant à la maison qu'à l'école.

Le volet enseignant

Ce volet vise à permettre à l'enseignante de recevoir du soutien de la part de l'intervenant du CLSC pour les situations qui concernent les enfants présentant des manifestations de turbulence ou d'agressivité et aussi d'intervenir de façon concertée. Par exemple, un plan d'intervention conjoint sera réalisé afin de faciliter l'intégration de l'enfant dans la classe.

ÉLÉMENTS DE PROGRAMMATION EN ACTIVITÉ PHYSIQUE

Corporation Québec en forme
Programme conjoint du gouvernement du Québec et une Fondation privée pour le développement d'activités physiques auprès des élèves du primaire de milieu défavorisé. En 2003, environ 5 000 enfants d'une trentaine d'écoles de Sherbrooke, des MRC d'Asbestos et du Granit sont rejoints. Au cours des prochaines années, le déploiement de ce programme dans d'autres écoles devrait se poursuivre.

Plaisir sur glace
Campagne de promotion du patinage en famille sur les patinoires extérieures. En 2003, les municipalités de l'Estrie ont organisé une soixantaine d'activités rejoignant près de 10 000 personnes.

Mois de l'éducation physique et du sport étudiant
Campagne de promotion de l'activité physique dans les écoles primaires et secondaires sous la responsabilité de la Fédération québécoise du sport étudiant. Le réseau des éducateurs physiques est impliqué dans l'organisation d'activités promotionnelles.

Dossier cour d'école
Approche de promotion d'activités physiques dans le cadre des récréations et sur l'heure du dîner dans les écoles primaires. Un soutien et des outils de formation et d'animation sont offerts aux écoles.

Concours École active
Programme de soutien financier offert aux écoles pour soutenir des projets d'aménagement qui favorisent la pratique d'activités physiques à l'école. En 2003, trois écoles secondaires et sept écoles primaires se sont partagées un peu plus de 4 000 $.

Journée Internationale Marchons vers l'école
Campagne de sensibilisation adressée aux jeunes des écoles primaires et leurs parents pour favoriser l'aller-retour sécuritaire et actif à l'école. Les préoccupations sont de l'ordre de l'activité physique, la santé, la sécurité et l'environnement.

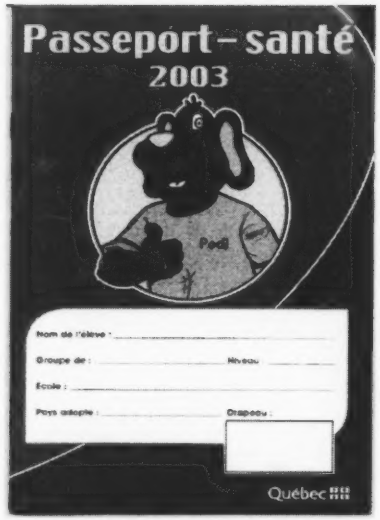
SL

LE PASSEPORT SANTÉ : POUR UNE APPROCHE DE PROMOTION DE LA SANTÉ À L'ÉCOLE

Le passeport santé s'inscrit dans une démarche amorcée par le milieu de l'éducation estrien avec la collaboration de la Direction de santé publique et de l'évaluation.

La création de ce passeport santé est né dans le cadre d'un projet éducatif élaboré dans le contexte de la présentation à Sherbrooke des Championnats mondiaux d'athlétisme jeunesse 2003.

Un partenariat intervenu entre plusieurs organismes de l'Estrie a permis la réalisation d'une première version du passeport santé et l'expérimentation de cet outil au cours des mois de mars à juin 2003 dans plusieurs écoles primaires de l'Estrie.



Un outil à saveur de réforme de l'Éducation

Le passeport santé a été élaboré à partir des composantes retenues dans le *Programme de formation de l'école québécoise.* Six thématiques, issues du domaine santé et bien-être ainsi que de la compétence « adopter un mode de vie sain et actif », du programme d'éducation physique et à la santé ont été développées. Il s'agit de :

- L'activité physique ;
- La condition physique ;
- Le Sommeil et la relaxation ;
- La pratique sécuritaire d'activités ;
- L'hygiène ;
- L'alimentation.

Si les thèmes reliés à l'activité physique sont principalement sous la responsabilité des éducateurs physiques, d'autres thèmes nécessitent l'implication des titulaires de classe.

L'idée du passeport santé ne se limite pas à la transmission d'éléments de connaissance, mais veut surtout placer le jeune au centre de son apprentissage en lui faisant vivre une démarche basée sur les quatre composantes de la compétence *adopter un mode de vie sain et actif*:

1. Analyser les effets de certaines habitudes de vie sur sa santé et son bien-être.
2. Planifier une démarche visant à modifier certaines de ses habitudes de vie.
3. S'engager dans une démarche visant à modifier certaines de ses habitudes de vie.
4. Établir le bilan de sa démarche.

Les outils disponibles

- Passeport 1er cycle (français)
- Passeport 1er cycle (anglais)
- Passeport 2e cycle (français)
- Passeport 2e cycle (anglais)
- Guide de l'enseignant (français)
- Guide de l'enseignant (anglais)
- Cadres de référence (à venir)

Les partenaires impliqués

- Direction régionale du MEQ
- C.S. de Sherbrooke
- C.S. des Sommets
- C.S. des Hauts-Cantons
- C.S. Eastern Townships
- Les institutions privées de l'Estrie
- Direction de santé publique et de l'évaluation (RRSSSE)
- Kino-Québec
- Conseil sport loisir de l'Estrie
- Association des éducateurs et éducatrices physiques de l'Estrie

Les outils développés

1. Un passeport-santé, qui est l'outil avec lequel les élèves des écoles de l'Estrie chemineront pour faire une réflexion et des expérimentations sur leur mode de vie. Deux versions de passeport ont été développées. Une version pour les enfants qui n'écrivent pas ou peu (pré-scolaire, premier cycle, déficience intellectuelle) et une autre pour les élèves des 2e et 3e cycle.
2. Un guide pédagogique offert aux enseignants pour faciliter l'utilisation du passeport santé dans leur enseignement.

Un projet régional à développer

Divers éléments en relation avec le passeport santé et les habitudes de vie pourraient être élaborées au cours des prochaines années, en faisant contribuer les ressources des deux réseaux.

- Des cadres de références comprenant des éléments de contenus (problématiques, messages) ainsi que des suggestions de situations d'apprentissages et de ressources complémentaires sont en élaboration mais n'ont pu être complétés. Il est prévu que ces contenus, destinés aux enseignants, seront disponibles sur le portail de l'éducation afin de permettre aux enseignants de partager leurs expériences et leur outils entre eux.
- Une formation axées sur l'enseignement de la troisième compétence en éducation physique (en lien avec le passeport santé) a été expérimentée avec quelques enseignants en éducation physique des 4 Commissions scolaires de l'Estrie. Cette démarche devra s'étendre à l'ensemble des éducateurs physiques. Des activités spéciales de formation devront être développées plus tard pour les autres enseignants désireux d'intégrer le passeport santé dans leur enseignement.
- Une approche semblable pourrait être développée pour les élèves du secondaire tout en modifiant les outils offerts aux élèves. Les cadres de référence, adaptés pour la clientèle adolescente, devront aussi être élaborés.

Deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes

C'est le titre du document sur l'entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et celui de l'éducation. C'est aussi dans cet esprit qu'est proposée la collaboration des intervenants du réseau de la santé à l'implantation du passeport santé.

Au-delà de l'outil, c'est la démarche réalisée par les enseignants auprès des enfants qui a de l'importance. Ce projet de passeport santé n'est qu'un aspect de l'intervention en promotion et en prévention dans les écoles. Il ne remplace pas les interventions prévues dans le cadre du Programme national de santé publique.

Les interventions de soutien à être développées par les intervenants de la santé, en soutien au réseau de l'éducation, devront être précisées, mais quelques idées ont déjà été émises, tantôt par des intervenants de l'éducation, tantôt par des intervenants de la santé qui ont été informés de la démarche :

- Participer à l'élaboration des cadres de référence pour chacune des thématiques retenues. L'idées est de fournir aux enseignants un guide très succinct sur les aspects à traiter en fonction de l'âge et les messages de santé à promouvoir auprès des enfants. Par la suite, ce sera la responsabilité de traduire ces enseignements dans des situations d'apprentissage et de façon intégrée ou non à d'autres matières.
- Promouvoir l'utilisation du passeport santé dans les écoles primaires d'abord, puis éventuellement dans les écoles secondaires.
- Soutenir les équipes écoles et les équipes cycle dans l'utilisation du passeport santé et dans l'élaboration de projets de promotion de la santé dans les écoles.
- Développer un guide à l'intention des parents.
- Sensibiliser les parents à l'existence du passeport santé et sur leur rôle parental à l'égard de l'acquisition, par leurs enfants, d'un mode de vie sain et actif.

Annexe F

VERS DES ÉCOLES SANS FUMÉE

Depuis 1996, en collaboration avec les CLSC de l'Estrie, nous travaillons à mettre en place des écoles secondaires sans fumée à savoir, des activités de prévention principalement en secondaire 1 avec des relances en secondaire 2 et en secondaire 3, des actions de soutien à la cessation et des mesures visant la protection des non-fumeurs. Un budget spécifique est alloué à chaque CLSC pour permettre l'actualisation de ces objectifs.

Sur le plan de la prévention, l'ensemble des MRC, et plus précisément 95 % des écoles secondaires ont pu bénéficier d'activités de prévention, que ce soit « Méchant problème », ou le spectacle « In Vivo » ou les groupes de pairs « Gang Allumée ».

Au niveau des services de cessation tabagique, l'ensemble des écoles secondaires du secteur public et quelques écoles du secteur privé ont vu leur personnel ainsi que les intervenants scolaires du réseau des CLSC bénéficier de formations en cessation tabagique dans les années 1998, 1999, 2000 et tout récemment en automne 2002. Ces formations ont eu pour but d'outiller les infirmières et les autres intervenants scolaires intéressés à soutenir les jeunes qui désirent cesser de fumer.

De plus, plusieurs enquêtes ont été effectuées dans les écoles secondaires en 1997,1998 et 2000. Selon les données recueillies, la prévalence du tabagisme est stable depuis 1997. 70 % des jeunes de 12-17 ans des écoles secondaires sont non-fumeurs, à savoir, 65 % des filles et 75 % des garçons.

En mars dernier, un nouveau plan d'action 2003-2008 a été adopté par le conseil d'administration de la Régie régionale de l'Estrie. En plus de permettre de poursuivre les actions de prévention et de cessation tabagique, ce nouveau plan vise à soutenir les écoles pour mettre en place une politique globale sur le tabac dans les écoles secondaires

En effet, dans les deux premières phases du projet, l'accent a été mis sur les activités de prévention et de cessation, laissant de côté l'aspect des politiques scolaires sur le tabac. La littérature et les expériences d'autres provinces ou pays nous incitent à prioriser la mise sur pied de politiques globales sur le tabac dans les écoles secondaires de l'Estrie pour la prochaine phase. Cette mesure réduit considérablement la présence du tabac et diminue le nombre de fumeurs dans les écoles où ces politiques existent. Elle consiste, non seulement à interdire le tabac à l'école pour le personnel et les enfants mais aussi de promouvoir le non usage du tabac via des actions de prévention qui s'adressent aux jeunes et des actions de soutien à la cessation qui s'adressent autant aux jeunes qu'aux adultes concernés par l'école (personnel, parents, etc.). Nos efforts vont donc se poursuivre en ce sens dans la lutte contre le tabagisme auprès des jeunes au cours des prochaines années.

LISTE DES COLLABORATEURS ET DES COLLABORATRICES

COMITÉ AVISEUR DU PLAN D'ACTION RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DE L'ESTRIE

Ginette Dorval, M.D., directrice, Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie
Aline Émond, chef de service, Service soutien méthodologique et évaluation, Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie
Nathalie Léonard, agente de planification et programmation, Service des programmes, Direction des programmes des ressources financières et matérielles
Lynda Périgny, chef de service, Service prévention/promotion de la santé, Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie
Reno Proulx, M.D., chef de service, Service protection de la santé publique, Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie
Pierre Richard, directeur des programmes, Carrefour santé du Granit (CH-CHSLD-CLSC), représentant des CLSC de l'Estrie
Danielle Lareau, directrice des services à la population, Carrefour de la santé et des services sociaux du Val Saint-François, représentante des CLSC de l'Estrie
Mario Morand, directeur général, Centre de santé de la MRC d'Asbestos, représentant des CLSC de l'Estrie
Denis Lalumière, directeur général, CLSC de Sherbrooke, représentant des CLSC de l'Estrie
Violaine Franchomme-Fossé, M.D., représentante du Département régional de médecine générale de l'Estrie
Louise Meunier, directrice générale, Le Club Étincelles de bonheur de la MRC du Haut-St-François, représentante du Regroupement des organismes communautaires (ROC) de l'Estrie
Anne-Marie Poirier, coordonnatrice, Naissance-Renaissance Estrie, représentante du Regroupement des Organismes Famille de l'Estrie (ROFE)

COLLABORATION À LA RÉGIE RÉGIONALE DE L'ESTRIE

Direction de santé publique et de l'évaluation
Ginette Dorval, M.D., directrice
Louise Garant, secrétaire de direction

Service soutien méthodologique et évaluation
Aline Émond, chef de service
Danielle Bédard, agente de planification et de programmation
Annie Bélisle, technicienne en recherche
Michel Carbonneau, agent de recherche sociosanitaire

Denise Donovan, médecin-conseil
Louis Hébert, agent de recherche sociosanitaire
Gilles-Yvon Levesque, agent de recherche sociosanitaire
Brigitte Martin, technicienne en recherche
Marie-Pascale Sassine, agente de recherche sociosanitaire
Isabelle Bruneau, secrétaire
France Paquet, secrétaire

Service protection de la santé publique
Reno Proulx, M.D., chef de service
Chantal Beaudet, médecin-conseil
Francine Beaulieu, infirmière
Sonia Boivin, agente de planification en santé environnementale
Diane Dion, infirmière
Monique Drapeau, médecin-conseil
Louise Frenette, médecin-conseil
Fabien Gagnon, médecin-conseil
Louise Galarneau, médecin-conseil
Suzanne Ménard, médecin-conseil
Danielle Proulx, infirmière
Marjolaine Pruneau, commis senior
Sylvie Bolduc, secrétaire
Nicole Fontaine, secrétaire
Brigitte Marquis, secrétaire

Service santé au travail
Francine Boulanger, chef de service
Carole Albert, agente de planification et de programmation sociosanitaire
Francine Cliche, agente de planification et de programmation sociosanitaire
Michel Hains, hygiéniste du travail
Gilles-Yvon Lévesque, agent de recherche sociosanitaire
Fabien Gagnon, médecin-conseil
Lise Gosselin, médecin-conseil
Denise Fortin, secrétaire

Service prévention/promotion de la santé
Lynda Périgny, chef de service
Daniel Auger, agent de planification et de programmation sociosanitaire
Hélène Bélanger-Bonneau, médecin-conseil
Valois Boudreault, agent de planification et de programmation sociosanitaire
Sandra Brassard, agente de planification et de programmation sociosanitaire
Renée Cyr, agente de planification et de programmation sociosanitaire
André Lavallière, dentiste-conseil
Liliane Pagé, agente de planification et de programmation sociosanitaire
Marie-Thérèse Payre, agente de planification et de programmation sociosanitaire
Robert Pronovost, médecin-conseil
Alain Rochon, médecin-conseil
Mireille Ara, secrétaire
Ginette Breton, secrétaire

GROUPES DE RELECTURE

Développement, adaptation et intégration sociale
Aline Émond, chef de service, Service soutien méthodologique et évaluation
Carole Albert, agente de planification et de programmation sociosanitaire, Service santé au travail
Danielle Bédard, agente de planification et de programmation, Service soutien méthodologique et évaluation
Robert Pronovost, médecin-conseil, Service prévention/promotion de la santé

Habitudes de vie et maladies chroniques
Aline Émond, chef de service, Service soutien méthodologique et évaluation
Michel Carbonneau, agent de recherche sociosanitaire, Service soutien méthodologique et évaluation
Louise Galarneau, médecin-conseil, Service protection de la santé publique
Marie-Thérèse Payre, agente de planification et de programmation sociosanitaire, Service prévention/promotion de la santé

Traumatismes non intentionnels
Aline Émond, chef de service, Service soutien méthodologique et évaluation
Daniel Auger, agent de planification et programmation sociosanitaire, Service prévention/promotion de la santé
Louis Hébert, agent de recherche sociosanitaire, Service soutien méthodologique et évaluation

Maladies infectieuses
Aline Émond, chef de service, Service soutien méthodologique et évaluation
Sonia Boivin, agente de planification en santé environnementale, Service protection de la santé publique
Sandra Brassard, agente de planification et de programmation sociosanitaire, Service prévention/promotion de la santé
Denise Donovan, médecin-conseil, Service soutien méthodologique et évaluation

Santé environnementale
Aline Émond, chef de service, Service soutien méthodologique et évaluation
Sonia Boivin, agente de planification en santé environnementale, Service protection de la santé publique
Sandra Brassard, agente de planification et de programmation sociosanitaire, Service prévention/promotion de la santé
Denise Donovan, médecin-conseil, Service soutien méthodologique et évaluation

Santé au travail
Aline Émond, chef de service, Service soutien méthodologique et évaluation
Valois Boudreault, agent de planification et de programmation sociosanitaire, Service prévention/promotion de la santé
Fabien Gagnon, médecin-conseil, Service santé au travail et Service protection de la santé publique
Marie-Pascale Sassine, agente de recherche sociosanitaire, Service soutien méthodologique et évaluation

Développement des communautés
Aline Émond, chef de service, Service soutien méthodologique et évaluation
Denise Donovan, médecin-conseil, Service soutien méthodologique et évaluation
Liliane Pagé, agente de planification et de programmation sociosanitaire, Service prévention/promotion de la santé